



## DICHIARAZIONE DI SMARRIMENTO LIBRETTO SANITARIO

PRESIDIO \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_

dichiara di aver smarrito il libretto sanitario in data \_\_\_\_\_

anche per i seguenti familiari \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In Fede

Roma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_