

DICHIARAZIONE DI INDIGENZA

(L. 335/1995, art.3, comma 5; Circ. Min. Sanità n. 5 del 24/03/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Cognome

Nome

Nato/a a _____ (_____)

Città

Stato

Sotto la propria responsabilità e ai sensi di legge

DICHIARA

di essere privo di risorse economiche sufficienti.

Luogo

Data

Il Dichiarante

Identificato con _____

(non obbligatorio per STP; obbligatorio per ENI)

Firma del Dipendente addetto _____



CITTADINI STRANIERI NON IN REGOLA CON LE NORME RELATIVE ALL'INGRESSO ED AL SOGGIORNO

CODICE S.T.P.

(L. 40/1998; D.Lgs s 286/1998; D.P.R. 394/1999; Circ. Min. Sanità n. 5/ del 24/03/2000)

Numero

S	T	P																	
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COGNOME e NOME _____
(in stampatello)

DATA e LUOGO di NASCITA _____

Luogo di effettiva dimora _____

VALIDO DAL _____ AL _____

Luogo

Data

IL FUNZIONARIO INCARICATO
Cognome, nome, qualifica in stampatello



SOGGIORNANTI COMUNITARI INDIGENTI, SENZA TEAM, SENZA ATTESTAZIONE DI DIRITTO DI SOGGIORNO, SENZA REQUISITI PER L'ISCRIZIONE AL SSR

CODICE

(Art. 32 Costituzione Italiana, Circ. Min. Salute DG RUERI/III/3152/P/I.3.b/1 del 19 febbraio 2008)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero

COGNOME e NOME _____
(in stampatello)

DATA e LUOGO di NASCITA _____ (_____)
Stato

Luogo di effettiva dimora _____

VALIDO DAL _____ AL _____

Luogo

Data

IL FUNZIONARIO INCARICATO
Cognome, nome, qualifica in stampatello

