

DICHIARAZIONE D'INDIGENZA

Per i soggetti che si trovano nelle condizioni previste
Dall'art.35, comma 4, D.Lgs. 286/1998

"TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA DISCIPLINA DELL'IMMIGRAZIONE E NORME SULLA CONDIZIONE DELLO STRANIERO"

Il/La sottoscritt _____

nat__ in _____ il _____

Sotto la propria responsabilità ed ai sensi di legge

D I C H I A R A

Di essere privo di risorse economiche sufficienti

e di avere a carico i seguenti familiari:

Cognome	Nome	parentela
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

(se risultano altri familiari usare un altro foglio)

Data

Firma leggibile

NOTA BENE: le dichiarazioni **false** sono **punite** dalle leggi dello Stato italiano (art. 26 della Legge 4 gennaio 1968 n. 15 e successive modificazioni ed integrazioni)

RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA CHE ASSEGNA IL CODICE STP

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI _____

CODICE ASSEGNATO ALLO STRANIERO | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

DATA ASSEGNAZIONE _____ DATA SCADENZA _____

TIMBRO DELL'UFFICIO

QUALIFICA E NOME DI CHI RICEVE LA DICHIARAZIONE
