

Dichiarazione di indigenza

PER I SOGGETTI CHE SI TROVANO NELLE CONDIZIONI PREVISTE DALL'ARTICOLO 35, COMMA 4, DEL DECRETO LEGISLATIVO 25 LUGLIO 1998, N. 286 **“TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA DISCIPLINA DELL'IMMIGRAZIONE E NORME SULLA CONDIZIONE DELLO STRANIERO”**

La/il
sottoscritto/a _____
nat_in _____ il _____

(Città) (Stato)

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:

nome cognome grado di parentela

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

(se risultano altri familiari usare un altro foglio)

Data _____

Firma del dichiarante

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:

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA:

CODICE STP ASSEGNATO ALLO STRANIERO **S T P**

DATA ASSEGNAZIONE _____ DATA
SCADENZA _____

TIMBRO DELL'UFFICIO *QUALIFICA E NOME DI CHI RICEVE LA DICHIARAZIONE*
