

DICHIARAZIONE D'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 sottoscritta/o _____
nata/o 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:

	cognome	nome	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 (D.P.R. 28.12.2000, N. 445, 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 | 0 | 4 | 1 | 2 | 0 | 1 | | | | | | | |

DATA ASSEGNAZIONE _____ DATA DI SCADENZA _____

TIMBRO DELL'UFFICIO

QUALIFICA E NOME DI CHI RICEVE LA DICHIARAZIONE
