MOD 24 / 5 MAR 2013

Allegato P

modello es.1.stp.

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 sottoscritt_____

nat_____in_____il_____

(città) (Stato)

sotto la propria responsabilità ed ai sensi di legge

DICHIARA

di essere privo di risorse economiche sufficienti
e di avere a carico i seguenti familiari:

nome	cognome	grado di parentela

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:

N. _____

DATA_____

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

_____

00A6490