

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 sottoscritto _____

Nat _____ in _____ (citta) _____ (Stato) il _____

CONSAPEVOLE CHE AI SENSI DELL' ART. 76 DEL DPR 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI E'
PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA. L'AZIENDA E' TENUTA A
VERIFICARE LE DICHIARAZIONI IN MERITO ALLE CONDIZIONI REDDITUALI SOTTORIPORTATE

DICHIARA

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

Cognome	Nome	Grado di parentela

Data _____

Firma del dichiarante

RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA CHE ASSEGNA IL CODICE STP

Denominazione della struttura:

Codice STP assegnato allo straniero:

n. _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA – QUALIFICA E NOME DI CHI RICEVE LA DICHIARAZIONE
