

Allegato 1

modello es. I.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
