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"

Il/La__ sottoscritt _____

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 dichiarazione **false** sono **punite** dalle leggi dello Stato italiano (art. 26 della Legge 4 gennaio 1968 n. 15 e successive modificazioni ed integrazioni)

****

ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA

CHE ASSEGNA IL CODICE STP

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA

via C. Costantinides, 2 - 34128 Trieste

CODICE ASSEGNATO ALLO STRANIERO |_S_|_T_|_P_|_0_|_6_|_0_|_1_|_0_|_1_|__|__|__|__|__|__|

DATA ASSEGNAZIONE_____DATA SCADENZA _____

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

_____