



DICHIARAZIONE D'INDIGENZA

PER 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 |
|------|---------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

.....
(Luogo e 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

.....