



Allegato 1

DICHIARAZIONE DI INDIGENZA
L'assessore alla Sanità

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 sottoscritto/a

COGNOME										
NOME										
NATO/A <i>paese di nascita</i>										
IL										
	giorno			mese			anno			

DI NAZIONALITA'										
Con temporaneo soggiorno in <i>(comune):</i>										
Via										

PER IL FIGLIO										
NATO IL				paese di nascita						

DICHIARA sotto la propria responsabilità ed ai sensi di legge
di essere privo di risorse economiche sufficienti.

FIRMA DEL DICHIARANTE

Data

--	--	--

N.B. le dichiarazioni false sono punite dalle leggi dello Stato Italiano
(art. 26 della legge 4 gennaio 1968 n.15 e successive modifiche ed integrazioni)

RISERVATO ALLA STRUTTURA CHE ASSEGNA IL CODICE STP

S	T	P	1	5	0	2	0	4							
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

Timbro dell'Ufficio

Firma di chi riceve la dichiarazione

Generalità dichiarate

Generalità rilevate da documento

**QUESTA DICHIARAZIONE E' NECESSARIA PER RICEVERE L'ASSISTENZA SANITARIA E NON VIENE
TRASMESSA ALL'AUTORITA' DI POLIZIA**