

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p>АДМІНІСТРАТИВНЕ УПРАВЛІННЯ</p>	<p>ЗАЯВА ПРО ОСОБИСТІ ДАНІ ІНОЗЕМЦІВ, ЩО НЕ ПРОЖИВАЮТЬ ПОСТІЙНО</p> <p>(ЦИРКУЛЯР МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я N. 5 ВІД 24 БЕРЕЗНЯ 2000)</p>	<p>Ред. 00 від ХХ/ХХ/2017</p> <p>MR PA 87_03</p> <p>Стор. 1 з 1</p>
--	---	---

Я, що нижче підписався(лася):

Прізвище _____ Ім'я _____

Номер тел. _____

Обізнаний про кримінальну відповідальність, передбачену у випадку надання неправдивих відомостей, яка встановлена згідно ст.76 Декрету Президента Республіки від 28 грудня 2000р., і позбавлення права на допомогу, отриману на підставі заяви, що містить недостовірну інформацію

ЗАЯВЛЯЮ

- що моє прізвище та ім'я є _____
- що я народився(лася) у _____ дата _____
- маю громадянство _____
- моє місце проживання _____
- вул. _____ буд. _____
- що я перебуваю в Італії більше 3 місяців без дотримання правил в'їзду та перебування в Італії
- що я не маю достатніх коштів відповідно до статті 35(4) Законодавчого декрету №286/98.

я проінформований(а), що обробка персональних даних відповідно до Законодавчого декрету № 196/03 відбуватиметься лише в правових цілях та в межах закону.

Дата _____

Підпис заявника _____