SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Форма Статусу іноземця, що тимчасово перебуває на території Італії

ЗАЯВА, ЩО ЗАМІНЮЄ СВІДОЦТВО І ДОВІДКУПРООСОБИСТІ ДАНІ

art.46 er 47 T.U. D.P.R. 445/2000

Я, що нижче підписався(лася):

Прізвище_____Ім'я_____

Місце і дата народження _____ Ідентифікаційний код _____

Громадянство _____ моб.тел. _____

Фактичне місце проживання_____

Обізнаний про кримінальну відповідальність передбаченуу випадку надання неправдивих відомостей, згідно ст.76 Декрету Президента Республікивід 28 грудня 2000р., і позбавлення права на допомогу, отриману на підставі заяви, що містить недостовірну інформацію

ПРОШУ:

ПРИЗНАЧЕННЯ СТАТУСУ ІНОЗЕМЦЯ, ЩО ТИМЧАСОВО ПЕРЕБУВАЄ НА ТЕРИТОРІЇ ІТАЛІЇ

для іноземних громадян, які не дотрималися правил в'їзду та проживання

(L. 40/1998; D.Lgs. 286/1998; D.P.R. 394/1999; Circ. Min San. 5 del 24/03/2000)

У ЗВ'ЯЗКУ З ЧИМ ЗАЯВЛЯЮ:

- перебуваю на території Італії з _____
- маю на утриманні наступних неповнолітніх дітей:

прізвище та ім'я	дата народження
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

МАЛОЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ

□ не маю достатніх грошових коштів
□ маю достатню кількість грошових коштів

Я, що нижче підписався(лася), відповідно до постанови № 196 від 30/06/2003 і подальших змін та доповнень/Закону про конфіденційність), даю згоду на обробку та передачу моїх персональних даних, виключно для цілей запитуваного провадження, щодо якого було зроблено вищезазначену заяву.☐ **ТАК** ☐ **НІ**

ДАТА _____ ПІДПИС ЗАЯВНИКА_____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

CODICE STP

Valido dal _____ al _____

La sottoscrizione delle soprascritte dichiarazioni e istanza è stata apposta in mia presenza dal dichiarante:
☐ identificato con doc. _____ n° _____
rilasciato/a da _____ il _____
☐ non identificato

Preventivamente ammonito sulle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci:
Data _____ Login dell'operatore _____ Distretto _____