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

Mod. STP e INDIGENZA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIETA'

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

La/il sottoscritta/o:

Cognome_____Nome_____

Nato a _____ il _____ C.F.: _____

Cittadinanza _____ Tel. _____

Luogo di effettiva dimora _____

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

CHIEDE:

L'ATTRIBUZIONE del CODICE S.T.P.

per Cittadini Stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno

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

A tal fine DICHIARA:

- di essere presente sul territorio italiano dal _____
- di avere a carico i seguenti figli minori:

Cognome e Nome	data e luogo di nascita
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

INDIGENZA

- ☐ di essere piovo di risorse economiche sufficienti
- ☐ di NON essere privo di risorse economiche sufficienti

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. n° 196 del 30/06/2033 e successive modifiche e integrazioni / Legge sulla Privacy), autorizza il trattamento e la comunicazione dei dati che la riguardano, ai soli fini del procedimento richiesto e per cui è stata resa la suddetta dichiarazione ☐ SI ☐ NO

Data _____ FIRMA DEL DICHIARANTE _____

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 _____