

SOC SERVIZI AI CITTADINI \_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**- RICHIESTA DI RILASCIO DEL CODICE STP PER L'ASSISTENZA A CITTADINI STRANIERI  
NON IN REGOLA CON LE NORME RELATIVE ALL'INGRESSO ED AL SOGGIORNO IN ITALIA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

cittadino /a \_\_\_\_\_ nato /a in \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

abitante in \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nei casi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicati

**DICHIARO**

sotto la mia personale responsabilità di avere con me conviventi i seguenti familiari:

RELAZIONE FAMILIARE	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
Coniuge			
Figlio/a			
Figlio/a			
Figlio/a			

**e CHIEDO**

il rilascio del documento per l'assistenza sanitaria riservato ai cittadini stranieri non in regola con le norme di soggiorno.

Data

\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_