

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

Presidio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

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

**- DEMANDE DE DÉLIVRANCE DU CODE STP POUR L'ASSISTANCE AUX CITOYENS ÉTRANGERS  
QUI NE RESPECTENT PAS LES RÈGLES RELATIVES À L'ENTRÉE ET AU SÉJOUR EN ITALIE**

Je soussigné \_\_\_\_\_

nationalité \_\_\_\_\_ né en/au \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_ genre \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

habitant en \_\_\_\_\_

Rue/Place \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

conscient des sanctions pénales prévues par l'art. 76 du D.P.R. 445 du 28 décembre 2000, dans les cas de falsification de documents et de fausses déclarations qui y sont indiquées,

JE DÉCLARE

sous ma responsabilité personnelle d'avoir les membres de la famille suivants vivant avec moi:

RAPPORT FAMILIAL	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE
Conjoint			
Fils/fille			
Fils/fille			
Fils/fille			

et JE DEMANDE

la délivrance du document de soins de santé réservé aux citoyens étrangers qui ne respectent pas les règles de séjour.

Date

\_\_\_\_\_

Signature du déclarant

\_\_\_\_\_