

SOC SERVIZI AI CITTADINI _____

Presidio _____

Telefono _____

Fax _____

E-mail _____

- SOLICITUD DEL CÓDIGO STP PARA LA ASISTENCIA SANITARIA A CIUDADANOS EXTRANJEROS EN SITUACIÓN IRREGULAR CON RESPECTO A LAS NORMAS DE INGRESO Y ESTANCIA EN ITALIA

Yo, el/la abajo firmante _____

ciudadanía _____ nacido/a en _____

el día _____ sexo _____ teléfono _____

residente en _____

dirección _____ n. _____

consciente de las sanciones penales previstas en caso de declaraciones o documentos falsos, así como indicado en el art. 76 del Decreto Presidencial 445, 28 diciembre 2000.

DICLARO

bajo mi responsabilidad, que vivo con los siguientes familiares:

RELACIÓN FAMILIAR	APELLIDOS	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
Cónyuge			
Hijo/a			
Hijo/a			
Hijo/a			

y PIDO

la expedición del documento para la asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros en situación irregular con respecto a las normas de estancia

Fecha

Firma del declarante
