

SOC Servizi ai Cittadini _____

للمواطنين **SOC** خدمات
Indirizzo: _____ العنوان
Telefono _____ الهاتف
Fax _____ فاكس
e-mail: _____ البريد الالكتروني:

Data.....
.....التاريخ

Oggetto: 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

الموضوع: طلب إصدار رمز **STP** للمساعدة للمواطنين الأجانب الذين لا يلتزمون بالقواعد المتعلقة بالدخول والإقامة في إيطاليا

Io sottoscritto/a _____

الموقع ادناه _____

cittadino/a _____ nato/a in _____

مواطن _____ إزداد في _____

il _____ sesso _____ Tel _____

في يوم _____ الجنس _____ الهاتف _____

abitante in _____

مقيم ب _____

via/Piazza _____ n. _____

شارع/ميدان _____ رقم _____

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,

على علم بالعقوبات الجزائية المنصوص عليها في المادة 76 من المرسوم الجمهوري 445 المؤرخ 28 ديسمبر 2000 ، في قضايا تزوير المستندات والإعلانات المزورة المشار إليها فيها ،

DICHIARO

اعلم

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

تحت مسؤوليتي الشخصية أن يعيش معي أفراد الأسرة التالية أسماؤهم:

RELAZIONE
FAMILIARE

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

العلاقة العائلية

النسب

الاسم

تاريخ الازدياد

Coniuge

زوج/زوجة

Figlio/a

ابن/ بنت

Figlio/a

ابن/ بنت

Figlio/a

ابن/ بنت

e

و

CHIEDO

اطلب

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

إصدار وثيقة الرعاية الصحية المخصصة للأجانب الذين لا يمتثلون لأنظمة الإقامة.

Firma del dichiarante

توقيع المصرح
