

## DICHIARAZIONE D'INDIGENZA

PER I SOGGETTI CHE SI TROVANO NELLE CONDIZIONI PREVISTE DALL'ARTICOLO 35, COMMA 4, DEL  
DECRETO LEGISLATIVO 25 LUGLIO 1998 N. 286  
"TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA DISCIPLINA DELL'IMMIGRAZIONE E NORME SULLA  
CONDIZIONE DELLO STRANIERO".

La/Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ (citta) \_\_\_\_\_ (Stato) il \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE CHE AI SENSI DELL' ART. 76 DEL DPR 445/2000, IL RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI E'  
PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA. L'AZIENDA E' TENUTA A  
VERIFICARE LE DICHIARAZIONI IN MERITO ALLE CONDIZIONI REDDITUALI SOTTORIPORTATE

### DICHIARA

Di essere privo di risorse economiche sufficienti  
e di avere a carico i seguenti familiari:

Cognome	Nome	Grado di parentela

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA CHE ASSEGNA IL CODICE STP

Denominazione della struttura:

\_\_\_\_\_

Codice STP assegnato allo straniero:

n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA – QUALIFICA E NOME DI CHI RICEVE LA DICHIARAZIONE

\_\_\_\_\_