SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE VENETO
AZIENDA U.L.SS. N.4 "ALTO VICENTINO"
Via Rasa, 9 - 36016 THIENE - Tel.0445/389111- Fax 0445/370457
Codice U.L.SS. 050/004 - c.f. e p.i. 00913490249

RICHIESTA DI TESSERA SANITARIA CON CODICE STP PER CITTADINI EXTRACOMUNITARI IRREGOLARI INDIGENTI

Ai sensi della D.G.R.V. 3386 del 27 ottobre 2000

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome e Nome

nato/a _____ **il** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Nazione Data di nascita

domiciliato a _____ **in Via/Piazza** _____ **n.** |__|__|__|
Città/Comune/Frazione Indirizzo

di cittadinanza _____

CHIEDE

Il rilascio della Tessera sanitaria con codice STP per stranieri extracomunitari irregolari indigenti ai sensi dell'art. 35, comma 3 del D.lgs n. 286/98.

DICHIARAZIONE DI INDIGENZA

Per i soggetti di cui all'art. 35 c. 4 del D.l. 286/98

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome e Nome

nato/a _____ **il** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Nazione di nascita

sotto la propria responsabilità ed ai sensi della legge

DICHIARA

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

_____ _____
Cognome e Nome Grado di parentela

_____ _____
Cognome e Nome Grado di parentela

_____ _____
Cognome e Nome Grado di parentela

NOTA BENE: Le dichiarazioni false sono punite dalla legge dello Stato italiano (art. 26 della Legge 4 gennaio 1968 n. 15 e successive modificazioni ed integrazioni).

Data |__|__| |__|__| |__|__|__|__| _____

(Firma del richiedente)

TIMBRO DELL'UFFICIO
Qualifica e nome di chi riceve la dichiarazione

_____