

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

PER IL RILASCIO DELL'ATTESTATO STP

(Art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 (Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari di documentazione amministrativa))

La/Il sottoscritto _____

Nata/o _____ in _____

domiciliato in _____

Sotto la propria responsabilità ed ai sensi di legge**DICHIARA**ai fini del rilascio del tesserino S.T.P. in merito all'assistenza sanitaria da erogare ai cittadini extracomunitari temporaneamente presenti sul territorio italiano e non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno in Italia.

- 1) di essere privo di regolare permesso di soggiorno e
- 2) di essere privo di risorse economiche sufficienti

E di avere a carico i seguenti familiari:

nome	cognome	grado parentela

luogo,	data	firma
--------	------	-------

NOTA BENE: le dichiarazioni false sono punite dalle leggi dello Stato Italiano (art. 76 DPR 445/2000 e compoterà la decadenza del diritto conseguito - art. 75 DPR 445/2000).**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs. 196/2003**

I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dalla Azienda Sanitaria solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.

data

firma del dichiarante