



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti

U.O.C. Area Distrettuale 1
Distretto Sanitario di Ortona

Punto Unico di Accesso (PUA)

Piazza San Francesco n. 4 - Ortona (CH)

Telefono 085 9173307 - Fax 085 9173301 e-mail PUA.ortona@asl2abruzzo.it

DICHIARAZIONE D' INDIGENZA

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

La/il sottoscritt_____

Nat_____ in _____ il _____
(città) (Stato)

sotto la propria responsabilità ed ai sensi di legge

DICHIARA

Di essere privo di risorse economiche sufficienti

E di avere a carico i seguenti familiari:

Nome	Cognome	Grado di parentela
------	---------	--------------------

Data_____

Firma del dichiarante

NOTA BENE: Le dichiarazioni false sono punite dalle leggi dello Stato Italiano (art.26 della legge 4 gennaio 1968 n° 15 e successive modifiche ed integrazioni)

////////////////////////////////////

RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA CHE ASSEGNA IL CODICE STP

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA:

CODICE STP ASSEGNATO ALLO STRANIERO:

DATA_____

TIMBRO DELL'UFFICIO - QUALIFICA E NOME DI CHI RICEVE LA DICHIARAZIONE
