ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
AREA DISTRETTUALE 1 U.O.C.
DISTRETTO SANITARIO DI FRANCAVILLA AL MARE
Ufficio Scelta e Revoca
C.da Alento sn – FRANCAVILLA AL MARE 66023

e-mail: assistenzaprimaria.francavilla@asl2abruzzo.it

CITTADINI STRANIERI NON IN REGOLA CON LE NORME RELATIVE ALL'INGRESSO ED AL SOGGIORNO

CODICE S.T.P.

(L. 40/1998; D.Lgs s 286/1998; D.P.R. 394/1999; Circ. Min n 5 del 24/03/2000)

S	T	P													

COGNOME e NOME _____
(in stampatello)

DATA e LUOGO di NASCITA _____ (_____)
(Stato)

Luogo di effettiva dimora _____

VALIDO DAL _____ AL_____

Luogo _____

Data _____

Il FUNZIONARIO INCARICATO

_____
(Cognome, nome, qualifica in stampatello)

ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
AREA DISTRETTUALE 1 U.O.C.
DISTRETTO SANITARIO DI FRANCAVILLA AL MARE
Ufficio Scelta e Revoca
C.da Alento sn – FRANCAVILLA AL MARE 66023

e-mail: assistenzaprimaria.francavilla@asl2abruzzo.it

DICHIARAZIONE D'INDIGENZA

Ai sensi della legge n° 335/1995, art.3, comma 5; Circ. Min. Sanità n° 5 del 24/03/2000

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome Nome

Nato/a _____ (_____)
Città Stato

Sotto la propria responsabilità e ai sensi di legge

DICHIARA

di essere privo di risorse economiche sufficienti.

Luogo _____

Data _____

Il Dichiarante

_____

Identificato con _____
(non obbligatorio per STP; obbligatorio per ENI)

Firma del Dipendente addetto _____