

SOC SERVIZI AI CITTADINI _____

Presidio _____

Telefono _____

Fax _____

E-mail _____

**- DEMANDE DE DÉLIVRANCE DU CODE STP POUR L'ASSISTANCE AUX CITOYENS ÉTRANGERS
QUI NE RESPECTENT PAS LES RÈGLES RELATIVES À L'ENTRÉE ET AU SÉJOUR EN ITALIE**

Je soussigné _____

nationalité _____ né en/au _____

le _____ genre _____ tel. _____

habitant en _____

Rue/Place _____ n. _____

conscient des sanctions pénales prévues par l'art. 76 du D.P.R. 445 du 28 décembre 2000, dans les cas de falsification de documents et de fausses déclarations qui y sont indiquées,

JE DÉCLARE

sous ma responsabilité personnelle d'avoir les membres de la famille suivants vivant avec moi:

RAPPORT FAMILIAL	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE
Conjoint			
Fils/fille			
Fils/fille			
Fils/fille			

et JE DEMANDE

la délivrance du document de soins de santé réservé aux citoyens étrangers qui ne respectent pas les règles de séjour.

Date

Signature du déclarant
