

SOC SERVIZI AI CITTADINI _____

Presidio _____

Telefono _____

Fax _____

E-mail _____

**- RICHIESTA DI RILASCIO DEL CODICE STP PER L'ASSISTENZA A CITTADINI STRANIERI
NON IN REGOLA CON LE NORME RELATIVE ALL'INGRESSO ED AL SOGGIORNO IN ITALIA**

**ПРОХАННЯ НА ОТРИМАННЯ КОДУ STP ЩО НАДАЄТЬСЯ ІНОЗЕМНИМ ГРОМАДЯНАМ ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ
ІТАЛІЇ В СУПЕРЕЧНОСТІ З ЧИННИМ ЗАКОНОДАВСТВОМ КРАЇНИ**

Io sottoscritto/a _____

Я, що нижче підписалися

cittadino /a _____ nato /a in _____

Громадянка _____ яка народилася _____

il _____ sesso _____ tel. _____

Стать _____ Тел: _____

abitante in _____

Проживаю за адресою

Via/Piazza _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nei casi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicati

Мені відомо про настання кримінальної відповідальності яка передбачена чинним законодавством Італії в випадку подання завідомо неправдивих відомостей

DICHIARO / Заявляю

sotto la mia personale responsabilità di avere con me conviventi i seguenti familiari:

з особистою відповідальністю про сумісне проживання зі мною моїх родичів

RELAZIONE FAMILIARE	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
Coniuge / Чоловік			
Figlio/a / Син/дочка			
Figlio/a / Син/дочка			
Figlio/a / Син/дочка			

e CHIEDO / i Прошу

il rilascio del documento per l'assistenza sanitaria riservato ai cittadini stranieri non in regola con le norme di soggiorno.

Видати документи що забезпечують медичне обслуговування іноземних громадян які перебувають на території Італії всупереч нормативних вимог.

Data /Дата

Firma del dichiarante / Підпис заявника
