



AMBITO TERRITORIALE DI LAMEZIA TERME

MODELLO INFORMATIVO

A CURA DELL' UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

ASSISTENZA SANITARIA PER EXTRACOMUNITARI NON REGOLARIZZATI E INDIGENTI

L'UTENTE DEVE :

- 1 Compilare il modello di dichiarazione d'indigenza, allegato (1).**
- 2 Recarsi presso la Direzione Sanitaria del presidio ospedaliero, qualora sia già in possesso del tesserino per usufruire dei servizi sanitari, o presso il distretto del lamentino (in tutti gli altri casi);**
- 3 Verrà rilasciato il tesserino recante il codice STP (stranieri temporaneamente presenti).**
- 4 Il tesserino andrà esibito per ogni caso di assistenza, ha validità semestrale ed è rinnovabile in caso di permanenza in Italia.**

Regione Calabria
Presidio Ospedaliero Di Lamezia Terme (Ex Azienda Sanitaria n. 6) – Lamezia Terme

DICHIARAZIONE D'INDIGENZA

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

La/il sottoscritt _____

Nat _____ in _____ (città) _____ (stato) _____ il _____

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 modificazioni ed integrazioni)

RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA CHE ASSEGNA IL CODICE STP

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA: **EX AZIENDA SANITARIA N° 6, LAMEZIA TERME – PRESIDIO
OSPEDALIERO DI LAMEZIA TERME.**

CODICE STP ASSEGNATO ALLO STRANIERO:

S	T	P	1	8	0										
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA _____

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