

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

ai sensi dell'art. 47 DPR n. 445/2000

Il sottoscritto _____ nato il _____ a
_____ residente a _____
via _____ n. _____ Stato
_____ domiciliato a _____
provincia _____ via _____ n.
_____ tel _____ (eventuale Codice Fiscale)

consapevole che, ai sensi dell' art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

- di essere cittadino/a comunitario/a di cittadinanza (Stato) _____
- di non essere iscritto all'anagrafe dei residenti
- di non possedere i requisiti per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale
- di essere privo di assicurazione sanitaria privata o di diritto all'assistenza sanitaria a carico dello Stato di residenza
- di essere privo di risorse economiche sufficienti
- di essere presente stabilmente da più di tre mesi sul territorio italiano.

Il/La sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/2003 e ss. mm. e ii. (codice sulla privacy) è informato che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo

Luogo e data

In fede

SPAZIO RISERVATO ALL' UFFICIO

Dichiarazione sottoscritta, in presenza del dipendente addetto, dall'interessato/a identificato/a mediante il documento

TIPO _____ e n. _____, rilasciato da _____, che si allega in copia

LUPGO E DATA

IL DIPENDENTE ADDETTO

CODICE ASSEGNATO

|_E_|_N_|_I_|_0_|_6_|_0_|_1_|_0_|_1_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DATA ASSEGNAZIONE _____ DATA SCADENZA _____