

DICHIARAZIONE DI INDIGENZA

(L. 335/1995, art.3, comma 5; Circ. Min. Sanità n. 5 del 24/03/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Cognome

Nome

Nato/a 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 _____

