



ЗАЯВА ПРО БРАК ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ DICHIARAZIONE D'INDIGENZA

ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ В УМОВАХ, ПЕРЕДБАЧЕНИХ У ПУНКТИ 4 СТАТТИ 35
ЗАКОНОДАВЧОГО УКАЗУ ВІД 25 ЛИПНЯ 1998 РОКУ № 286 «ЄДИНИЙ ЗВІД ПОЛОЖЕНЬ У
ГАЛУЗІ ІМІГРАЦІЇ ТА НОРМ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ СТАТУСУ ІНОЗЕМЦЯ»
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"

Я, що нижче підписався (підписалася), _____
La/il sottoscritt _____

народився (народилася) в _____ (дата народження) _____
(Місто) (Держава)
nat_ in _____ il _____
(Città) (Stato)

беручи на себе відповідальність, відповідно до чинного законодавства,
sotto la propria responsabilità ed ai sensi della normativa vigente

ЗАЯВЛЯЮ ПРО ТЕ, ЩО
DICHIARA

у мене немає достатніх фінансових ресурсів
та що на моєму утриманні перебувають такі родичі:
di essere privo di risorse economiche sufficienti
e di avere a carico i seguenti familiari:

ім'я прізвище родинний зв'язок
nome cognome grado di parentela

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

(якщо є ще й інші члени сім'ї, заповнюйте ще один бланк)
(se risultano altri familiari usare un altro foglio)

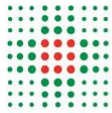
Дата _____
Дата _____

Підпис заявника
Firma del dichiarante

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ: неправдиві заяви караються законами італійської держави (ст. 26 закону від 4 січня 1968 р., п. 15, а також наступні поправки та доповнення)
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)

ПОЛЕ ЗАПОВНЮЄТЬСЯ МЕДИЧНОЮ УСТАНОВОЮ, ЯКА ПРИСВОЮЄ КОД STP
RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA CHE ASSEGNA IL CODICE STP

НАЗВА УСТАНОВИ:
DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA:



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

КОД STP, ПРИСВОЄНИЙ ІНОЗЕМНОМУ ГРОМАДЯНИНУ
CODICE STP ASSEGNATO ALLO STRANIERO

ДАТА ПРОСВОЄННЯ КОДУ _____ ДАТА ЗАКІНЧЕННЯ ДІЇ _____
DATA ASSEGNAZIONE _____ DATA SCADENZA _____

ПЕЧАТКА КОМПЕТЕНТНОГО ВІДДІЛУ ПОСАДА ТА ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ПРИЙМАЄ ЗАЯВУ
TIMBRO DELL'UFFICIO QUALIFICA E NOME DI CHI RICEVE LA DICHIARAZIONE

Інформація щодо обробки персональних даних відповідно до ст. 13 GDPR 2016/679 доступна на веб-сайті підприємства www.ausl.re.it/privacy.

L'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679 è disponibile sul sito web aziendale www.ausl.re.it/privacy.