Allegato 3

DICHIARAZIONE DI EFFETTIVA DIMORA

PER SOGGIORNANTI COMUNITARI INDIGENTI

COMUNITARI SENZA TEAM, SENZA ATTESTAZIONE DI DIRITTO DI SOGGIORNO, SENZA REQUISITI PER L'ISCRIZIONE AL SSR

Codice assegnato dalla struttura sanitaria

COGNOME e NOME_____

(in stampatello)

Nato/a a _____(_____)

Città Stato

Sotto la propria responsabilità e ai sensi di legge

DICHIARA

LUOGO DI EFFETTIVA DIMORA_____

Il Dichiarante

_____

Luogo_____

Data_____

Il funzionario incaricato

_____