Mod. STP

ДЕКЛАРАЦІЯ, ЩО ЗАМІНЮЄ СЕРТИФІКАТ І АКТ ВІДОМОСТЕЙ
*Art.46 e 47 T.U. - DPR 445/2000*

Прізвище

Ім”я

Місце і дата народженння

Громадянство моб. тел. Фактичне місце проживання

Обізнаний із кримінальними санкціями, передбаченими у випадку неправдивої подачі фактів, установленими ст.76 у D.R.P. від 28 грудня 2000 р. № 445, і конфіскацією отриманої допомоги

**ЗАЯВЛЯЮ:**

 перебуваю на території Італії з

 маю на утриманні наступних неповнолітніх дітей:

 ПРІЗВИЩЕ ТА ІМ’Я ДАТА НАРОДЖЕННЯ

 більше не є резидентом

 (*у випадку, якщо Ви помилково досі є резидентом в AUSL Болонії)*

УБОГ ІСТЬ (БІДНІСТЬ)

 не маю достатніх економічних ресурсів  маю достатню кількість економічних ресурсів

Персональні дані, які проситимуть у Вас, особливо, дані про ваш стан здоров’я, необхідні для співпраці та вимог на виконання медичних послуг і використовувати їх персоналом AUSL відповідно до професійної тажмниці, службової таємниці та відносно принципів Закону про конфіденційність. Повний текст інформації надається у ст.13 Регламенту ЄС 2016/679/GDPR і D. Lgs. 196/2003 (e [ss.mm](http://ss.mm/). ii) і доступний на сайеі AUSL Болонії за адресою: <http://www.ausl.bologna.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-generali/atti-generali/atti-amministrativi-generali>

**ПРОШУ ПРИЗНАЧЕННЯ згідно з КОДЕКСОМ S.T.P.**

для ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН, які на даний час незаконно в’їжджають та перебувають відповідно до стандартних норм

*L. 40/1998; D.Lgs. n. 286/1998; D.P.R. 394/1999; Circ. Min. Sanità n. 5 del 24/03/2000*

 **ДАТА**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ПІДПИС ЗАЯВНИКА** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### PARTE RISERVATA ALL’UFFICIO

La sottoscrizione delle soprascritte dichiarazioni e istanza è stata apposta in mia presenza/richiesta telematicamente dal dichiarante, identificato con doc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato/a da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preventivamente ammonito sulle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci:

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Login Operatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Sportello di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si fa presente che, ai sensi del DPR 445/2000 art. 71 capo V, nel rispetto delle norme in materia di trattamento dei dati personali, la scrivente Azienda è tenuta per obbligo di legge ad un controllo, anche a campione, delle autocertificazioni rilasciate dai propri assistiti