

richiesta assistenza sanitaria cittadini extracomunitari temporaneamente presenti sul territorio nazionale (modello stp)

Cognome - Surname - Nom -
قلى اعل مسإ

Nome – Name – Prénoms-
مسإ

Data di nascita – birthday –

Date de naissance - خيرات
دال يمل

Sesso - Sex- sexe M F

ركذ * ىثنأ *

Data-date -
خيراتل

AVVERTENZE -WARNINGS – AVERTISSEMENTS – ه-ي بن ت

Italiano	Française
<ol style="list-style-type: none"> 1. Il codice STP dà diritto alla assistenza sanitaria presso le strutture accreditate pubbliche e private. 2. Chi non ha la possibilità di pagare le cure, deve compilare sotto la sua responsabilità la DICHIARAZIONE D'INDIGENZA. 3. Il codice deve essere presentato all'atto della richiesta di qualsiasi prestazione, perciò è importante conservare questo documento con cura. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cette code S.T.P. vous donne le droit à l'assistance pour les soins médicaux dans tous les hôpitaux et les cabinets accrédités. 2. Les traitements son tout à fait gratuits si vous remplissez UNE DECLARATION DE PAUVRETE. 3. La code doit être présentée à la demande de chaque soin médical, pourtant il est important de la bien garder.
English	Arabo
<ol style="list-style-type: none"> 1. S.T.P. code allowed you to free health care in accredited hospital. 2. You'll have free medical assistance filling in a form declaring your STATE OF POVERTY. 3. As the code must be shown requesting medical treatment, it's important to keep it safely. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. يف قحلا كل S.T.P مقرلا اذهب يف ةئراطلا ةيحصلا تامدخل اضعب . ةم اعل تا دايعل او تايفشستسمل لك 2. ةئراطلا ةيحصلا تامدخل اعيمج يونسل ل خدل اب حيرصتلا دعب ةيناجم 3. مقرلا اذه ىل ع ةظفاحملا بجي بلط ىل ةجالحا تعد املك مبال دل او . ئراطلا يحصلا جالعل

DICHIARAZIONE D'INDIGENZA

La/il sottoscritto
 Nat.... in (Città).....(Stato)..... il
 sotto la propria responsabilità e ai sensi di legge

dichiara

di essere privo di risorse economiche sufficienti e di avere a carico i seguenti famigliari:

Nome	Cognome	Grado di parentela
.....
.....
.....

Data,.....

Firma.....

Nota bene: le dichiarazioni false sono punite dalle leggi dello Stato Italiano (art.26 della Legge 4 gennaio 1968, n.15 e successive modifiche e integrazioni)

DECLARATION DE PAUVRETE

Le/La soussigné(e).....
 Né(e) à (Ville).....(Pays).....le
 sous sa responsabilité et aux termes de la loi

déclare

de manquer de ressources économiques suffisantes et d'avoir à charge les membres de famille suivants:

Prénom	Nom	Degré de parenté
.....
.....
.....

Date..... Signature.....

Nota bene: les fausses déclarations sont punies par les lois de l'Etat Italien (art. 26 de la Loi 4 Janvier 1968, n. 15 et modifications et intégrations successives)

DECLARATION OF POVERTY

The undersigned
 Born in (town).....(country)..... on
 On his/her own responsibility and as by law

declares

to be without sufficient means to live on and to have to provide for the following family members:

Name	Surname	Relationship with the undersigned
.....
.....
.....

date,.....

signature.....

N.B: false declarations are punishable by the laws of the Italian state (art.26 of Law 4 th January 1968, n. 15 with subsequent modifications and additions)

تصريح بالفقر

.....
 اني الممضي(ة) اسفله
 تاريخ و مكان الولادة
 تحت مسؤوليتي و حسب القانون

اصرح

ان حالتي المادية ضعيفة وان عائلتي متكونة من:

الاسم	اللقب	درجة القرابة
.....
.....
.....

.....
 الامضاء.....

.....
 تاريخ.....

ملاحظة: التصريح المزيف يعاقب حسب القانون الايطالي (المادة 25 من قانون 4 جانفي 1968 رقم 15 المنفتح)