

Mod. STP

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIETA'

Art.46 e 47 T.U. - DPR 445/2000

ДЕКЛАРАЦІЯ, ЩО ЗАМІНЮЄ СЕРТИФІКАТ І АКТ ВІДОМОСТЕЙ

Art.46 e 47 T.U. - DPR 445/2000

Cognome/ Прізвище _____

Nome/ Ім'я _____ C.F./ ІПН _____

nato/a a/ Місце _____ і дата народження _____

cittadinanza/ Громадянство _____ tel / cellulare/ моб. тел. _____

Effettiva dimora/ Фактичне місце проживання _____

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

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

DICHIARA: / ЗАЯВЛЯЮ:

di essere presente sul territorio italiano dal / перебуваю на території Італії з _____

di avere a carico i seguenti figli minori: / маю на утриманні наступних неповнолітніх дітей:

COGNOME E NOME / ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я

DATA DI NASCITA / ДАТА НАРОДЖЕННЯ

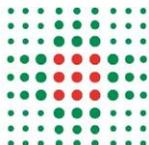
di non essere più residente a / більше не є резидентом (nel caso in cui il sottoscritto risulti erroneamente tuttora residente nell'AUSL di Bologna) / (у випадку, якщо *Випомилководосі є резидентом в AUSL Болонії*)

INDIGENZA / МАТЕРІАЛЬНИЙ СТАН:

di essere privo di risorse economiche sufficienti / не маю достатніх економічних ресурсів
di possedere risorse economiche sufficienti / маю достатню кількість економічних ресурсів

I dati personali che Le vengono richiesti e, in particolare, i dati relativi alla sua salute, sono indispensabili per l'erogazione e la gestione delle prestazioni sanitarie richieste e sono utilizzati dal personale dell'Azienda USL di Bologna nel rispetto del segreto professionale, del segreto d'ufficio e secondo i principi della normativa privacy. Il testo integrale dell'informativa, resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679/GDPR e del D. Lgs. 196/2003 (e ss.mm. ii) è consultabile sul sito dell'AUSL di Bologna al seguente link <http://www.ausl.bologna.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general>

Персональні дані, які проситимуть у Вас, особливо, дані про Ваш стан здоров'я, необхідні для співпраці та виконання медичних послуг і використовуватимуться персоналом AUSL відповідно до професійної таємниці, 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 (е [ss.mm.](#) ii) і доступний на сайті AUSL Болонії за адресою: <http://www.ausl.bologna.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general>



CHIEDE L'ATTRIBUZIONE del CODICE S.T.P.
ПРОШУ ПРИЗНАЧЕННЯ згідно з КОДЕКСОМ S.T.P.

per Cittadini Stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno /
для ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН,
які наданий час не законно їздять 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

Data / Дата _____ FIRMA DEL DICHIARANTE / ПІДПИС ЗАЯВНИКА _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO / ЧАСТИНА ДЛЯ ЗАПОВНЕННЯ В ОФІСІ

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