



Denominazione della struttura che assegna il codice:

ASSISTENZA SANITARIA ai cittadini EXTRACOMUNITARI
temporaneamente presenti sul territorio nazionale (modello STP)

Codice Regionale S.T.P.

S T P 0 3 0

Cognome - Sumame - Nom -
إسم العائلة

Nome - Name - Prénoms -
الإسم

Data di nascita - birthday -
تاريخ الميلاد - date de naissance

Sesso - Sex - sexe M ☐ F ☐
* أنثى * ذكر

Data - date -
التاريخ

AVVERTENZE - WARNINGS - AVERTISSEMENTS - تنبيه

Italiano

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.

Française

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

1. S.T.P. code allowed you to free health care in acredited 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.

Arabo

1. بهذا الرقم S.T.P لك الحق في بعض الخدمات الصحية الطارئة في كل المستشفيات والعيادات العامة .
2. جميع الخدمات الصحية الطارئة مجانية بعد التصريح بالدخل السنوي .
3. يجب المحافظة على هذا الرقم والإدلاء به كلما دعت الحاجة إلى طلب العلاج الصحي الطارئ .

RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA CHE ASSEGNA IL CODICE STP

Denominazione della struttura:

CODICE S.T.P. assegnato allo straniero:

S T P 0 3 0

data

timbro dell'ufficio - qualifica e nome di chi riceve la dichiarazione

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:

Cognome

Grado di parentela

Data,.....

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:

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:

Surname

Relationship
with the undersigned

date,.....

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 (٤) اسفله

تاریخ و مکان تولد:

تحت مسؤوليتي و حسب القانون

ان حالتي العادية ضعيفة وان هائلتي متكونة من:

المصرح

الاسم

الملقب

درجة القرابة

الامانة

تاریخ

ملاحظة: التصريح المرفق يعكس حساب القنصل الإيطالي (العدد 25) من كانون 4 جاني 1968 رقم 15 قنصل)