

**UFFICIO SCELTE E REVOCHE
MEDICO/PEDIATRA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E RILASCIO MODELLO STP
Dichiarazioni rese ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ Residente a _____
via _____ n. _____ cap _____

in qualità di _____ del sig. _____ nato a _____ il _____ di nazionalità _____

DICHIARA

- Che l'interessato è "Straniero Temporaneamente Presente"
- Di voler richiedere il modello STP
- Di trovarsi attualmente nello stato di Indigenza

SI ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE:

- **IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEI SOGGETTI INTERESSATI**

Luogo e data, _____

Firma _____