

**DICHIARAZIONE DI INDIGENZA
PER CITTADINI APPARTENENTI ALL'UNIONE EUROPEA DIMORANTI IN
ITALIA CHE SI TROVANO IN CONDIZIONI DI INDIGENZA**

Il/La sottoscritto/a

Nato/a _____ il _____

Domiciliato/a _____ in via _____ N. _____

**Sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del DPR
445/2000 e dall'art. 495 del codice penale, in caso di dichiarazioni mendaci,**

DICHIARA

- di essere cittadino comunitario di nazionalità _____
- di non avere i requisiti per richiedere l'iscrizione anagrafica e pertanto di non essere residente in alcun Comune dello Stato italiano
- di essere tuttavia presente stabilmente (periodo superiore a tre mesi) sul territorio italiano
- di non beneficiare di assistenza sanitaria a carico di istituzione nel Paese di origine
- di non essere in possesso di polizza assicurativa relativa all'assistenza sanitaria
- di essere indigente
- di dimorare nel territorio toscano con i seguenti familiari minori o incapaci:

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA CHE RILASCI IL CODICE ENI

Denominazione della struttura sanitaria che rilascia il codice ENI- qualifica e nome di chi riceve la dichiarazione _____

Codice ENI assegnato al cittadino comunitario _____

Dichiarazione resa in mia presenza dall'interessato/a identificato/a mediante documento:
tipo _____ numero _____

Luogo e data

Timbro e firma dell'operatore