

## DICHIARAZIONE D'INDIGENZA

(L. 335/1995, art. 3, comma 5; Circ. Min. Sanità n° 5 del 24/03/2000)

Il/La sottoscritto/a .....  
Cognome Nome

Nato/a in ..... il .....  
(Città) (Stato)

Terresa STP n. ....

ai fini dell'erogazione senza partecipazione alla spesa delle prestazioni prescritte

Sotto la propria responsabilità ed ai sensi di legge

### DICHIARA

Di essere privo di risorse economiche sufficienti

.....  
luogo e data

.....  
Firma del dichiarante

**Timbro e firma del Medico prescrittore**

.....