

Al Responsabile U.F. Igiene e Sanità Pubblica

Zona _____

**RICHIESTA
CERTIFICATO
IDONEITÀ
DELL'ALLOGGIO**

Il /La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (____) il ____/____/____

Residente/domiciliato/a nel comune di _____

via _____ n. _____

Presso (se ospite) Sig. _____ recapito telefonico _____

CHIEDE

che venga eseguito un sopralluogo nell'abitazione posta nel comune di _____

Via _____ n. _____

al fine di ottenere attestazione igienico sanitaria per:

Rilascio di permesso di soggiorno CE lungo soggiornanti (ex carta di soggiorno) (Art. 16, c. 4 lett. b D.P.R. 31/08/1999 n. 394)

Contratto soggiorno per lavoro subordinato (Art. 5 bis T.U. 286/98)

Partecipazione bando case popolari (ERP)

Ospitalità straniero

Permesso di soggiorno

DICHIARA

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 DPR 445/2000)

• di essere:

- proprietario/affittuario della suddetta unità immobiliare come da contratto stipulato in data _____ n. di repertorio/registrazione _____ tuttora in corso di validità
- ospite di _____ come da allegata dichiarazione di ospitalità del soggetto ospitante proprietario / affittuario dell'alloggio

• che l'alloggio è allacciato a reti o impianti di fornitura di acqua potabile SI NO

A tal fine allega la seguente documentazione:

n. 1 marca da bollo di € 14.62 da apporre sulla domanda

copia del codice fiscale

attestazione pagamento diritti sanitari alla Azienda USL 10 Firenze

solamente per coloro che sono ospiti di altri soggetti deve essere presentata anche una dichiarazione di ospitalità (su apposito modello predisposto dall'ufficio) con fotocopia del documento di identità del dichiarante.

Si impegna inoltre a mettere a disposizione del tecnico della ASL **una ulteriore marca da bollo di € 14,62 da apporre sul certificato che verrà rilasciato al momento del sopralluogo.**

Nell'ipotesi in cui non sia possibile il rilascio del certificato al momento del sopralluogo perché è necessaria una valutazione più approfondita da parte della ASL, il richiedente dovrà consegnare la suddetta marca da bollo al momento del ritiro del certificato presso l'ufficio amministrativo della ASL.

Il dichiarante è consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni mendaci, e di esibizione di atto falso o contenente dati non corrispondenti a verità (art. 76 DPR 445/2000). Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03.

Data _____

Firma _____

