

**Oggetto: richiesta parere igienico - sanitario.**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
n° telefono abitazione \_\_\_\_\_ n° telefono cellulare \_\_\_\_\_  
reperibilità telefonica dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rilascio di un parere igienico - sanitario sull'appartamento sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ al fine di verificare:

**INSALUBRITA' ALLOGGIO PER ASSEGNAZIONE ALLOGGI I.T.E.A. o altri ENTI**

*Importo di Euro 18.00 - (Codice Cassa 013601)*

**IDONEITA' ALLOGGIO PER IL RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE/ALTRO**

*Importo di Euro 18.00 - (Codice Cassa 013701)*

**INCONVENIENTI IGIENICI NELL'INTERESSE DI PRIVATI**

*Importo di Euro 150.00 - (Codice Cassa 013801)*

Trento, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Su richiesta dell'interessato:**

Il certificato verrà spedito all'indirizzo dell'abitazione sopra indicato.

Il certificato verrà spedito al seguente indirizzo \_\_\_\_\_

**Per la sola idoneità alloggio per ricongiungimento familiare alla domanda va allegata la seguente**

**documentazione:**

1.  Ricevuta di versamento;
2.  Planimetria Catastale, c.d. Catastino, dell'abitazione rilasciato dall'Ufficio Catasto.
3.  Dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445.
4.  Altra documentazione \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

**RISERVATO AL MEDICO**

**IDONEO PER N° \_\_\_\_\_ PERSONE**

---

---

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss. mm. – Testo Unico)

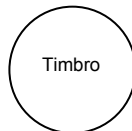
*valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi sotto la propria personale responsabilità*

### DICHIARA

Di avere la disponibilità dell'alloggio, sito presso il Comune di \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, dove attualmente risiede e per il quale ha richiesto  
il rilascio del parere igienico-sanitario da parte di Codesto Ufficio Igiene e Sanità Pubblica – Distretto di  
Trento.

Trento, \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

-----  
Firma apposta in presenza del dipendente addetto.



Firma del dipendente \_\_\_\_\_

-----  
*Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.*