Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana	**MODULO RICHIESTA PER CERTIFICAZIONE PER L'ACQUISIZIONE DI PUNTEGGIO PER L'ASSEGNAZIONE DI ALLOGGI DI EDILIZIA RESIDENZIALE PUBBLICA**	All.n.003 Rev.0 Del 31/10/2018 Pag. 1

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____(nome) _____
nato/a a_____ il _____|_____|_____| residente nel Comune di _____via/piazza _____ n. ___
tel. _____ _____ e-mail_____

CHIEDE

ai sensi della L.R. n. 02/2019 e s.m.i., l'accertamento della condizioni igienico-sanitarie dell'alloggio sito in comune di_____
via/piazza _____n. _____ piano_____ interno _____ scala _____
al fine di ottenere il certificato per l'acquisizione di punteggio per l'assegnazione di alloggi di edilizia residenziale pubblica, per la seguente motivazione:

- abitazione effettiva e continuativa, in ambienti impropriamente adibiti ad abitazione, aventi caratteristiche tipologiche e/o igienico-sanitarie di assoluta ed effettiva incompatibilità con la destinazione ad abitazione.

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

A tal fine, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 sulle responsabilità penali in caso di falsa dichiarazione, formazione atti falsi

DICHIARA

di essere abitante nell'alloggio suddetto, in maniera effettiva e continuativa e che tale situazione sussiste da almeno un anno alla data di pubblicazione del bando.

ALLEGA

L'attestazione di versamento di quanto dovuto in base al vigente tariffario regionale delle prestazioni del dipartimento di prevenzione (codice tariffa ISP15)

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento relativo alla certificazione per l'acquisizione di punteggio per l'assegnazione di alloggi di edilizia residenziale pubblica.

Recapito telefonico da contattare per concordare giorno e data del sopralluogo:_____

☐ Chiede che il certificato gli venga spedito per posta.

☐ Dichiara che provvederà al ritiro del certificato presso gli uffici SUP di Zona del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL TOSCANA NORD OVEST (giorni e orari di apertura al pubblico degli uffici sono affissi presso le sedi del Dipartimento di Prevenzione.)

Il certificato potrà essere ritirato presso l'ufficio Sup del Dipartimento di Prevenzione dopo 7 gg. lavorativi dal sopralluogo, con presentazione dell'attestato di avvenuto pagamento della prestazione .
Il ritiro potrà essere effettuato dal richiedente o da persona da esso espressamente delegata con atto scritto .

Data ____/___/_____

FIRMA LEGGIBILE

.....