AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE
DIPARTIMENTO di PREVENZIONE
Via Chiusaforte, 2 - 33100 Udine
Centralino dipartimento 0432 553221 Fax: 0432 55 3255
www.asuiud.sanita.fvg.it dip@asuiud.sanita.fvg.it

Udine,

Oggetto: PARERE IGIENICO SANITARIO per le condizioni dell'unità ad uso residenziale ubicata a

_____

Via/Piazza _____ n° _____

Il /La sottoscritto/a sig./sig.ra _____

Residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

TEL /cell _____

Indirizzo mail _____

in qualità di □ proprietario □ conduttore

CHIEDE

la verifica delle condizioni igienico sanitarie dell'unità immobiliare in oggetto

e DICHIARA

che la propria richiesta è motivata da:

□ assegnazione di alloggio di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata A.T.E.R. (L.R 6/2003)
(parere soggetto al pagamento dei diritti sanitari di cui al D.P.Reg. 16.05.2005 n° 0143/Pres. ammonta nti a **€ 11,50**)

□ assegnazioni alloggi comunali (D.P.R. 30-12-1972 n°1035 – L.R. 1982 n°75)
(parere soggetto al pagamento dei diritti sanitari di cui al D.P.Reg. 16.05.2005 n° 0143/Pres. ammonta nti a **€ 11,50**).

e che il proprietario dell'unità in oggetto è

Il /La sottoscritto/a sig./sig.ra _____

Residente a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

TEL /cell _____

Indirizzo mail _____

Allegati: □ fotocopia domanda assegnazione alloggio
□ fotocopia contratto di locazione

Distinti saluti, firma_____

La presente domanda va redatta in duplice copia e non verrà presa in considerazione qualora non compilata in modo esauriente.