

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
S.O.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA**

OGGETTO: Richiesta parere igienico sanitario ai fini della dichiarazione di insalubrità dell'alloggio sito
a..... in vian°.....
int..... Foglio..... Mapp.le..... Sub.....

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome).....

residente avia n°.....tel.....

in qualità di: proprietario conduttore dell'immobile in oggetto

CHIEDE

la verifica delle condizioni igienico sanitarie dell'unità immobiliare in oggetto specificato ai fini della
dichiarazione di insalubrità dell'immobile sito a
In via

A tal fine **DICHIARA** che la propria richiesta è finalizzata all'attribuzione di punteggi per l'assegnazione
alloggi di edilizia residenziale pubblica (Comune o A.T.E.R.) (D.P.R. 30/12/1972 n° 1035, L.R. 75/1982,
L.R. 6/2003).

La prestazione è soggetta al **pagamento dei diritti sanitari** di cui al D.P.Reg. 19/12/2013 n° 0252/Pres.,
voce 25, ammontanti a € **13,71**, con le seguenti modalità:

- tramite bonifico sul conto corrente intestato a: AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE, codice IBAN: IT 80 E 03069 12344 100000046104, oppure
- tramite bollettino di c/c postale n. 1049064114 intestato a: AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE – SERVIZIO DI TESORERIA.

Alla presente domanda si allega:

- copia versamento di € 13,71 (Parere igienico sanitario dichiarazione insalubrità alloggi – cod. 2.08)
- copia documento identità
- copia contratto affitto.....
- copia domanda attribuzione alloggi edilizia residenziale pubblica (ATER o Comune) dell'anno corrente alla presente richiesta

Luogo e data

Distinti saluti

firma

