

protocollo

Marca da bollo da €. 16,00

**OGGETTO:**

**domanda per il rilascio di ATTESTAZIONE IDONEITÀ ABITATIVA ED  
IGIENICO SANITARIA**

D.Lgs. 25.07.1998 n. 286 recante "Disciplina sull'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"  
e Legge 15.07.2009 n. 94 recante "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica"

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. |\_|\_| il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

nazionalità \_\_\_\_\_ cf |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

residente  dimorante a cap |\_|\_|\_|\_|\_|\_| comune \_\_\_\_\_

prov. |\_|\_|\_| in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

proprietario

affittuario

altro \_\_\_\_\_

messo a disposizione del datore di lavoro signor/a

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. |\_|\_|\_| il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

nazionalità \_\_\_\_\_ cf |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

residente a cap |\_|\_|\_|\_|\_|\_| comune \_\_\_\_\_ prov. |\_|\_|\_|

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

*barrare in caso di ulteriori soggetti coinvolti, vedi penultima pagina*

CHIEDE

Il rilascio dell'**ATTESTAZIONE di IDONEITÀ ABITATIVA ED IGIENICO SANITARIA** dell'alloggio identificato catastalmente come segue:

UBICAZIONE	Località _____
	Via _____ n. _____
	<input type="checkbox"/> N.C.T. <input type="checkbox"/> N.C.E.U.
IDENTIFICAZIONE CATASTALE	sezione _____ foglio _____ mappale _____ sub. _____
	sezione _____ foglio _____ mappale _____ sub. _____
	sezione _____ foglio _____ mappale _____ sub. _____

Per il seguente motivo/necessità:

- ATTESTAZIONE DI IDONEITÀ ABITATIVA PER IL PERMESSO/CARTA DI SOGGIORNO** (art. 9 del D.Lgs. 286/1998 e L. 94/2009);
- ATTESTAZIONE DI IDONEITA' ABITATIVA PER IL LAVORO** (art. 22, comma 2°, lettera B) del D.Lgs. 286/1998 e L. 94/2009);
- ATTESTAZIONE DI IDONEITA' ABITATIVA ED IGIENICO SANITARIA PER RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE** (art. 29, comma 3°, lettera A) del D.Lgs. 286/1998 e L. 94/2009);
- Altro \_\_\_\_\_;

A tal fine dichiara ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 75 e 76 d.P.R. 445/2000:

- che detto alloggio rientra nei parametri minimi e nei requisiti igienico sanitari previsti dal Decreto Ministeriale 5 luglio 1975.**
- di aver ottenuto una precedente attestazione in data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
protocollo \_\_\_\_\_
- che l'alloggio ha una superficie di mq. \_\_\_\_\_, misurata ai sensi del primo comma, lettera a) e del terzo comma dell'art. 13 della legge 27.07.1978 n.392
- che l'alloggio è di proprietà di:

Allega la seguente documentazione:

- Planimetria dell'alloggio;
- Planimetria catastale;
- Rilievo dello stato di fatto in scala \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_;
- Fotocopia di un valido documento di riconoscimento;
- N. 1 marca da bollo da €. 16,00 (da apporre sull'attestazione);
- Inoltre, **in caso di ricongiungimento familiare**, copia abitabilità,  
*in alternativa*
- autocertificazione sul possesso dei requisiti igienico-sanitari dell'alloggio rilasciata da un tecnico abilitato

Dichiara inoltre che la documentazione allegata in fotocopia è conforme all'originale

Consapevole di quanto previsto dall'art. 71 del D.P.R. 445/2000 (possibilità della Pubblica Amministrazione di effettuare controlli atti ad accertare la veridicità dei dati dichiarati) e consapevole della responsabilità penale cui possa andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Informato della documentazione (retro elencata) da produrre al fine dell'esame della richiesta, nonché sulla normativa riguardante la "privacy" di cui al D.Lgs. 196/2003

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del richiedente

(Firma del/i cointestatario/i per assenso)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'Interessato in presenza di dipendente addetto alla ricezione, ovvero sottoscritta ed inviata Insieme alla fotocopia di un documento d'identità del dichiarante)

#### DOCUMENTI DA ALLEGARE:

1. Contratto **registrato** di proprietà o di affitto o di comodato oppure **visura** catastale con autocertificazione del proprietario e copia suo documento d'identità;
2. Copia del permesso di soggiorno, carta di identità e del passaporto del richiedente e di eventuali cointestatari;
3. ricevuta di rinnovo in caso di permesso scaduto;
4. Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000, circa il rispetto dei requisiti igienico sanitari e di conformità al Decreto del Ministero della Sanità del 5 luglio 1975 dell'alloggio per il quale è richiesta l'Attestazione di Idoneità Alloggiativa;
5. Planimetria (pianta) in scala, raffigurante l'intero alloggio di proprietà comprensiva delle misure interne dei singoli locali, con l'indicazione delle relative superfici e altezze;
6. Dichiarazione del proprietario o di suo delegato relativa alle generalità dei soggetti dimoranti nell'alloggio per cui viene richiesta l'idoneità;
7. Documento d'identità in corso di validità dei firmatari delle suddette dichiarazioni;
8. In caso di impossibilità del richiedente alla consegna ed al ritiro della documentazione sarà necessario fotocopia documento d'identità del richiedente e del delegato;
9. 1 marca da bollo € 16.00

#### L'Ufficio si riserva di richiedere ulteriore documentazione in casi particolari

Informativa all'interessato ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003.

I dati personali acquisiti sono necessari e utilizzati esclusivamente per finalità istituzionali collegate all'assegnazione delle aree ortive ai pensionati. Le operazioni di trattamento, che avvengono con modalità informatiche e cartacee, comprendono l'archiviazione dei suddetti dati e la loro trasmissione al Consiglio di Quartiere interessato. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria; il rifiuto del conferimento dei dati comporta la non considerazione della domanda. La mancata indicazione di taluno dei dati potrà essere sanata con ulteriore comunicazione da dare prima dell'assegnazione dell'area ortiva. L'interessato potrà esercitare in ogni momento i diritti riconosciutigli dall'art. 7 D.Lgs. 196/2003. Titolare del trattamento è l'Amministrazione comunale del Comune di ..... ; Responsabile del trattamento è il Responsabile del Servizio Tecnico, dott. .... Gli incaricati del trattamento sono i dipendenti dell'Ufficio ..... (tel. ....).

## DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI IGIENICO SANITARI

Il sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. |\_|\_| il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

cf |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

con studio / residente a cap |\_|\_|\_|\_|\_| comune \_\_\_\_\_

prov. |\_|\_|\_| in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

iscritto al Collegio/Ordine \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

al n. \_\_\_\_\_

in qualità di Tecnico incaricato dal Sig. \_\_\_\_\_ **quale proprietario**

dell'appartamento sito in cap |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| comune \_\_\_\_\_

prov. |\_|\_|\_| in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ scala \_\_\_\_\_

piano \_\_\_\_\_ interno \_\_\_\_\_ lettera \_\_\_\_\_

### DICHIARA SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ

che l'appartamento in oggetto sopra citato

**possiede i requisiti igienico-sanitario** previsti dai Regolamenti Comunali in quanto **sono presenti**, installati a norma di legge e funzionanti:

l'impianto elettrico

l'impianto di riscaldamento

l'impianto di acqua potabile

### Non sono presenti

tracce di muffa e umidità alle pareti e soffitti.

\_\_\_\_\_ , lì |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Il Tecnico Incaricato o Il Proprietario

\_\_\_\_\_

(ai sensi dell'art. 38 del d.P.R. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto alla ricezione, ovvero sottoscritta od inviata insieme alla fotocopia di un documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante)

Informativa all'interessato ai sensi dell'art.13 del D. Lgs.196/2003.

I dati personali acquisiti sono necessari e utilizzati esclusivamente per finalità istituzionali collegate all'assegnazione delle aree ortive ai pensionati. Le operazioni di trattamento, che avvengono con modalità informatiche e cartacee, comprendono l'archiviazione dei suddetti dati e la loro trasmissione al Consiglio di Quartiere interessato. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria; il rifiuto del conferimento dei dati comporta la non considerazione della domanda. La mancata indicazione di taluno dei dati potrà essere sanata con ulteriore comunicazione da dare prima dell'assegnazione dell'area ortiva. L'interessato potrà esercitare in ogni momento i diritti riconosciutigli dall'art. 7 D. Lgs.196/2003. Titolare del trattamento è l'Amministrazione comunale del Comune di.....; Responsabile del trattamento è il Dirigente del Servizio Partecipazione, dott. .... Gli incaricati del trattamento sono i dipendenti dell'Ufficio.....(tel. ....).

**Scheda aggiuntiva soggetti coinvolti**

<input type="checkbox"/> <b>Intestatario</b>	<input type="checkbox"/> <b>Legale rappresentante</b>	<input type="checkbox"/> <b>Altro</b>
--	---	---------------------------------------

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. |\_|\_| il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
C.F. o Partita IVA |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
residente in c.a.p. |\_|\_|\_|\_|\_| comune \_\_\_\_\_  
prov. |\_|\_| via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Intestatario</b>	<input type="checkbox"/> <b>Legale rappresentante</b>	<input type="checkbox"/> <b>Altro</b>
--	---	---------------------------------------

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. |\_|\_| il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
C.F. o Partita IVA |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
residente in c.a.p. |\_|\_|\_|\_|\_| comune \_\_\_\_\_  
prov. |\_|\_| via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Intestatario</b>	<input type="checkbox"/> <b>Legale rappresentante</b>	<input type="checkbox"/> <b>Altro</b>
--	---	---------------------------------------

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. |\_|\_| il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
C.F. o Partita IVA |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
residente in c.a.p. |\_|\_|\_|\_|\_| comune \_\_\_\_\_  
prov. |\_|\_| via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Intestatario</b>	<input type="checkbox"/> <b>Legale rappresentante</b>	<input type="checkbox"/> <b>Altro</b>
--	---	---------------------------------------

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. |\_|\_| il |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
C.F. o Partita IVA |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
residente in c.a.p. |\_|\_|\_|\_|\_| comune \_\_\_\_\_  
prov. |\_|\_| via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_