

MODULO PER ASSEGNAZIONE /SOSTITUZIONE ALLOGGIO EDILIZIA RESIDENZIALE PUBBLICA

A.S.L. 3 Genovese
Dipartimento di Prevenzione
S.C Igiene e Sanità Pubblica
S.S Salute ed Ambienti di Vita
Via Frugoni n.27
16121 Genova

Il/La sottoscritto/a

residente inVia.....

tel...../e-mail...../PEC.....

chiede un sopralluogo, con onere a carico secondo Tariffario Regionale, presso la propria abitazione abitazione finalizzato al rilascio di una dichiarazione di *

- ANTIIGIENICITA'
- SOVRAFFOLLAMENTO/COABITAZIONE (1)
- PRESENZA DI BARRIERE ARCHITETTONICHE (solo in caso di alloggio occupato da portatori di handicap (2)

* *Barrare la voce interessata*

Allegati:

- (1) Autocertificazione attestante lo stato di famiglia / planimetria dell'appartamento con indicata la destinazione d'uso di ogni ambiente (quando possibile)
- (2) Certificazione attestante lo stato di handicap
 - Fotocopia di documento valido
 - Ricevuta di versamento di euro 17,50 come da D.G.R n.1197/2013 e seguenti su c/c n.21567169 o attraverso IBAN IT61Z0617501406000002379490 a favore della ASL 3 Genovese

Il/La sottoscritto/a dichiara di

- essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento in questione ed in conformità alle disposizioni vigenti in materia di privacy del predetto Decreto e pertanto esprime il suo consenso al trattamento degli stessi
- essere consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi contenenti dati non rispondenti a verità (art.75 e 76 DPR28/12/00 n.445)

DATA

FIRMA.....