



Unità Operativa 7
Servizio Governo del Territorio

AL SINDACO DEL COMUNE DI ROCCASTRADA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente in Roccastrada, via _____ n. _____ località _____
avente il seguente numero telefonico _____ in qualità di _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 9 "permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo" del D.lgs n. 286 del 25 luglio 1998 e successive modifiche ed integrazioni,
il rilascio della dichiarazione attestante che l'alloggio ubicato in via _____
n. _____ località _____ rientra nei parametri igienico-sanitari principali indicati nel DM Sanità 1975 e dei requisiti minimi di superficie indicati nella L.R.T. 2/2019 e ss.mm.ii..

DICHIARA

Il nominativo del soggetto per il quale si richiede il rilascio del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo è il seguente:

1. nome e cognome _____ data di nascita _____ Stato di Nascita _____
rapporto con il richiedente _____;
2. nome e cognome _____ data di nascita _____ Stato di Nascita _____
rapporto con il richiedente _____;
3. nome e cognome _____ data di nascita _____ Stato di Nascita _____
rapporto con il richiedente _____;
4. nome e cognome _____ data di nascita _____ Stato di Nascita _____
rapporto con il richiedente _____;
5. nome e cognome _____ data di nascita _____ Stato di Nascita _____
rapporto con il richiedente _____;

Allega alla presente:

- dichiarazione resa da tecnico attestante la sussistenza dei parametri indicati dal Decreto Ministeriale Sanità 5 luglio 1975.

Roccastrada li _____

FIRMA