



comune di
ROCCASTRADA
PROVINCIA DI GROSSETO

Unità Operativa 5
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. 29 comma 3 let a) del D.Lgs. n.186/98 e successive modifiche ed integrazioni, il rilascio della dichiarazione attestante che l'alloggio ubicato in via _____ n. _____ località _____ rientra nei parametri igienico-sanitari indicati dal Decreto Ministeriale Sanità 5 luglio 1975.

DICHIARA

Il nominativo del soggetto per il quale si richiede il ricongiungimento familiare 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 _____;

Allega alla presente:

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

Roccastrada li _____

FIRMA
