



**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. 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**