



Unità Operativa 5
Servizio Governo del Territorio

AL 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 fini di:
- PERMESSO DI SOGGIORNO (ART. 9 DLGS 286/98)
 - RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE (ART. 29 D.LGS 286/98)
 - LAVORO SUBORDINATO (ART. 5 BIS D.LGS 286/98)

Il rilascio della attestazione di idoneità alloggiativa, in riferimento all'alloggio ubicato in via _____
n. _____ località _____

DICHIARA

I nominativi dei soggetti per i quali si richiede il rilascio del permesso di soggiorno/ ricongiungimento familiare/lavori subordinato sono i seguenti:

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:

- documenti identità del richiedente e degli altri soggetti indicati
- dichiarazione resa da tecnico abilitato attestante la sussistenza dei parametri indicati dal Decreto Ministeriale Sanità 5 luglio 1975 e/o dalla L.R.2/2019.

Data _____

FIRMA _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 " Codice in materia di protezione dei dati personali "

I dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo esclusivamente per gli scopi cui il procedimento per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra si riferisce