



Unità Operativa 5
Servizio Governo del Territorio

AL COMUNE DI ROCCASTRADA

OGGETTO : **D.LGS N. 286/98 e ss.mm.ii. RILASCIO DICHIARAZIONE TECNICA in riferimento a:**

- 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)

In riferimento alla richiesta di attestazione di idoneità alloggiativa per i motivi di cui sopra

Il sottoscritto _____ avendo visionato in data _____ l'alloggio situato in _____ via _____ n. _____ località _____ dichiara che detto alloggio presenta i requisiti igienico-sanitari principali indicati dal Decreto ministeriale Sanità 5 luglio 1975 e risulta essere così composto:

VANI

_____ mq _____	_____ mq _____
_____ mq _____	_____ mq _____
_____ mq _____	_____ mq _____
_____ mq _____	_____ mq _____

per _____ mq di superficie abitabile

Pertanto, attestata la presenza dei requisiti igienico-sanitari principali dei locali di abitazione e dei requisiti minimi di superficie in relazione al numero degli occupanti, ai sensi del Decreto Ministeriale Sanità 5 luglio 1975 e/o della L.R. 2/2019, l'alloggio di cui trattasi si intende adeguato per n. _____ persone.

Data _____

IL TECNICO
