# Al COMUNE DI ARCE

UFFICIO TECNICO

Via Milite Ignoto 19 03032 ARCE FR

OGGETTO: Richiesta attestazione idoneità alloggio in Via

n. .

---

Il/La sottoscritto/a nato/a a

 , il , e residente in

 (cap. ) Via

n. (tel. );

**C** **H** **I** **E** **D** **E**

l’attestazione di idoneità igienico-sanitaria e il rispetto i requisiti minimi dell’alloggio ai sensi del D.M. 05-07-1975, dall’appartamento di proprietà di:

 sito in Via n. in Catasto al Foglio particella n. sub.

# DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che l’alloggio suddetto ove abita il/la Sig.

 con altre n. persone, nato in , il , rispetta i principali requisiti igienico-sanitari previsti dal D.M. 05-07-1975, ed è composto da n. vani ed ha una superficie utile di mq .

Dichiara altresì che il numero dei vani, calcolato dividendo la superficie utile per 14 metri quadri, è pari o superiore al numero dei componenti il nucleo familiare.

Arce, lì

FIRMA

*Allega:*

**-Documento** **di** **riconoscimento**

**-Ricevuta** **pagamento** **diritti** **di** **segreteria**

*(€* *25,00* *su* *c.c.p.* *39426630* *–* *intestato* *a* *COMUNE* *DI* *ARCE* *–* *Servizio* *di* *Tesoreria* *o* *mediante* *bonifico,* *IBAN:* *IT* *98* *A* *05297* *74550* *T21020000108)*

richiesta attestazione idoneità alloggio.doc