

## RICHIESTA DICHIARAZIONE DI ANTIGIENICITA' / INABITABILITA'

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via/loc \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per effetti dell' art.76 del D.P.R. n.445/2000

**chiede un sopralluogo per accertare lo stato di insalubrità del proprio alloggio sito a**

\_\_\_\_\_

Si richiede per uso \_\_\_\_\_

Il SOTTOSCRITTO DICHIARA A TAL FINE di ritenere che le condizioni che determinano lo stato di insalubrità dell'edificio sono le seguenti:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SI ALLEGA ricevuta di versamento di euro 15,50 indicante la causale "Diritti sanitari per sopralluogo" su

☐ c/c bancario IBAN: IT 48 0 01015 44101 000070783304 intestato a ASL 8 Cagliari

☐ c/c postale n° 001058765452 intestato a ASL 8 Cagliari

---

SI ALLEGA eventualmente alla presente domanda:

- ☐ documentazione fotografica attestante le condizioni dell'edificio;
- ☐ dichiarazione rilasciata da professionista abilitato certificante lo stato dell'edificio (obbligatoria in caso di problematiche di natura strutturale, o in presenza di impiantistica non funzionante);
- ☐ copia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità

Cagliari \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_