



Al Sig. DIRETTORE
 del Servizio Igiene e Sanità Pubblica
 Via IV Novembre n. 46
 36100 VICENZA

MODELLO 5

MODALITÀ DI TRASMISSIONE: **PEC: protocollo.prevenzione.aulss8@pecveneto.it**
E-mail: dipartimento.prevenzione@aulss8.veneto.it

Oggetto: Richiesta di sopralluogo e certificazione igienico sanitaria per assegnazione alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica (E.R.P.)

Il sottoscritto _____
 Residente in comune di _____
 Prov. di _____, in via _____ n. _____
 al piano _____, scala _____, interno _____, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, 445, in caso di dichiarazioni non veritiere, dichiara che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone.
 Recapiti: cellulare _____; e-mail _____.

Chiede la verifica presso il proprio alloggio, per i seguenti motivi:

NB. BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO

- ABITAZIONE PROCURATA
 COABITAZIONE CON ALTRO O PIÙ NUCLEI FAMILIARI
 con il nucleo familiare del Signor _____ composto da n. _____ persone
 con il nucleo familiare del Signor _____ composto da n. _____ persone
 ALLOGGIO ANTIGIENICO
 ALLOGGIO SOVRAFFOLLATO
 PRESENZA DI BARRIERE ARCHITETTONICHE IN ALLOGGIO OCCUPATO DA PORTATORE DI HANDICAP MOTORIO RICONOSCIUTO DA APPOSITA COMMISSIONE ULSS, AI SENSI DELLA L. n. 104/1992.

DICHIARA

Che il proprietario dell'alloggio è il Sig. _____
 Residente in comune di _____
 Prov. di _____, in via _____ n. _____
 Recapiti: cellulare _____;

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE: RICEVUTA DI PAGAMENTO DI €. 43,00.

Data _____

Firma _____

**CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ IGIENICO-SANITARIA DEI LOCALI DI ABITAZIONE AL FINE DI CONCORRERE
ALL'ASSEGNAZIONE DI ABITAZIONI DI EDILIZIA RESIDENZIALE PUBBLICA**

ISTRUZIONI PER L'UTENTE PER IL PAGAMENTO

UTILIZZARE IL MODELLO 6

La somma da versare è da calcolare secondo le indicazioni fornite dalla DGR 1251 del 28/09/2015 s.m.i. ed è costituita dalla somma degli importi di cui ai punti 1.1 e 2.4:

1.1) Spese di trasferta per intervento:	€ 20,00
2.4) Prestazione richiesta: Certificazione compreso sopralluogo	€ 23,00
Totale versamento	€ 43,00

PAGAMENTO per i Comuni del Distretto EST

Versamento da effettuarsi tramite la seguente modalità:

- Pagamento al servizio casse con causale 294 - con indicazione obbligatoria nelle note "sopralluogo S.I.S.P. per alloggio E.R.P".

PAGAMENTO per i Comuni del Distretto OVEST

Versamento da effettuarsi tramite la seguente modalità:

- Pagamento al servizio casse con causale 1.1- 2.4 DGR1251/2015 - con indicazione obbligatoria nelle note "sopralluogo S.I.S.P. per alloggio E.R.P".