

Dipartimento di Prevenzione  
**UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica**  
 Via IV Novembre, 46 - 36100 Vicenza

Spett. Azienda ULSS 8 Berica  
 Dipartimento di Prevenzione  
 U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica  
 Via IV Novembre, 46  
36100 VICENZA (VI)

(selezionare un'opzione)

- Trasmissione a mezzo P.E.O.<sup>1</sup> all'indirizzo [dipartimento.prevenzione@aulss8.veneto.it](mailto:dipartimento.prevenzione@aulss8.veneto.it)  
 Trasmissione a mezzo P.E.C.<sup>2</sup> all'indirizzo [protocollo.prevenzione.aulss8@pecveneto.it](mailto:protocollo.prevenzione.aulss8@pecveneto.it)

Oggetto: **Richiesta di verifica e certificazione delle eventuali condizioni abitative improprie dell'alloggio occupato ai fini della partecipazione a bando di assegnazione di alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica (E.R.P.).**

(MODELLO COMPILABILE DIGITALMENTE)

**IL SOTTOSCRITTO/A**

DENOMINAZIONE	Cognome			Nome			
RESIDENZA	Comune			CAP	Indirizzo		
DOMICILIO	Comune			CAP	Indirizzo		
CODICE FISCALE							
CONTATTI	Telefono			E-mail			
CHIEDE LA VERIFICA DELL'ALLOGGIO SITO IN	Comune					CAP	
	Via/Piazza ecc.		N° civico	Interno	Piano	Scala	
	Nome riportato nel campanello						

**IN QUALITÀ DI**

<input type="checkbox"/> Proprietario	<input type="checkbox"/> Conduttore	<input type="checkbox"/> Assegnatario di Alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica
<input type="checkbox"/> Altro:	Specificare	

**AI FINI DELLA PARTECIPAZIONE AL BANDO E.R.P. CON SCADENZA IL**

**PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI**

<input type="checkbox"/> Presenza di barriere architettoniche (in alloggio occupato da portatore di handicap motorio riconosciuto da apposita commissione, ai sensi della L. 104/1992 e smi e/o del D.Lgs. 78/2009 convertito con L. 102/2009 e smi) <sup>3</sup>
<input type="checkbox"/> Alloggio sovraffollato (da tre a quattro persone a vano utile, esclusa la cucina se inferiore a 14 mq)
<input type="checkbox"/> Alloggio antigienico (con la sottoscrizione della presente e ai sensi del DPR 445/2000 si dichiara di aver compiuto normali interventi manutentivi senza risoluzione delle problematiche)
<input type="checkbox"/> Altro:

**PRECEDENTI SOPRALLUOGHI ULSS NELL'ALLOGGIO DEI  
 QUALI SI È A CONOSCENZA**

Indicare le date

<sup>1</sup> Posta Elettronica Ordinaria

<sup>2</sup> Posta Elettronica Certificata

<sup>3</sup> All'atto del sopralluogo dovrà essere esibita apposita evidenza documentale.

**EVENTUALI INDICAZIONI PARTICOLARI PER RAGGIUNGERE L'ALLOGGIO**

Dichiara altresì di essere informato/a ed acconsentire al trattamento, anche mediante sistemi automatizzati, dei dati raccolti nel rispetto del Reg. (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 101/2018.

Dichiaro inoltre di essere informato che in caso di riscontro di situazioni di inconveniente igienico-sanitario verranno avviate d'ufficio le azioni per l'eliminazione dell'inconveniente stesso con coinvolgimento dell'Autorità Sanitaria Locale. Dichiara inoltre di essere a conoscenza che la consulenza richiesta è resa a pagamento ai sensi del tariffario unico regionale delle prestazioni rese dai dipartimenti di prevenzione delle aziende ULSS di cui alla D.G.R.V. 1251/2015 e quindi compila in tutte le sue parti la sezione in calce al presente modulo a tal fine.

**Documentazione da allegare in caso di modalità di pagamento presso le casse fisiche dell'ULSS (la carenza di documentazione produrrà la mancata presa in carico della richiesta):**

- Ricevuta di pagamento

Data

Firma (per esteso e leggibile)

**PER  SERVIZIO CASSE oppure  PROPOSTA DI EMISSIONE MODULO pagoPA  
 (BARRARE LA MODALITÀ UTILIZZATA)**

Distretto Est – Codice Causale 294 - Distretto Ovest – Codice Causale 1.1 – 2.4

**Orari apertura punti casse disponibili sul sito web [www.aulss8.veneto.it](http://www.aulss8.veneto.it)**

**Compilare il seguente prospetto con lo stesso nominativo indicato nella richiesta.**

**COMPILARE DIGITALMENTE O SCRIVERE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO.**

<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>			
<b>DATI DI NASCITA</b>	<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	
<b>RESIDENZA</b>	<b>Comune</b>	<b>CAP</b>	<b>Indirizzo (Via e numero civico)</b>
<b>CONTATTI</b>	<b>E-mail</b>	<b>Telefono</b>	

<b>IMPORTO DA VERSARE PER PRESTAZIONE U.O.C. S.I.S.P.</b>	<b>Rilascio certificazione condizioni oggettive alloggio a fini di Edilizia Residenziale Pubblica (E.R.P.) (comprensivo di sopralluogo e spese di trasferta)</b>	<b>€ 43,00</b>
---	--	----------------

Data

Firma (per esteso e leggibile)