

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.¹ all'indirizzo dipartimento.prevenzione@aulss8.veneto.it
- ☐ Trasmissione a mezzo P.E.C.² all'indirizzo 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) ³
<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		

¹ Posta Elettronica Ordinaria

² Posta Elettronica Certificata

³ 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. Dichiaro 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

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

COMPILARE DIGITALMENTE O SCRIVERE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO.

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

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

Data

Firma (per esteso e leggibile)