

Al Sig. SINDACO del Comune di Calice Ligure

**DOMANDA CERTIFICATO IDONEITA' ALLOGGIO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

Il rilascio del certificato di idoneità dell'alloggio sito in Calice Ligure

Via \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_ di proprietà di \_\_\_\_\_ per:

Nulla-osta per il ricongiungimento con n. \_\_\_\_\_ famigliari (n. di minori di 14 anni \_\_\_\_\_)

Nominativo \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Nominativo \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Nominativo \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Carta di soggiorno/Permesso di soggiorno per il/la sottoscritto/a e/o n. \_\_\_\_\_ famigliari

Contratto di lavoro

Altro

A tal fine dichiaro ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000:

Di essere proprietario dell'alloggio di cui richiedo l'idoneità

Di essere intestatario del contratto di locazione relativo all'alloggio di cui si richiede l'idoneità

Di essere ospitato dal proprietario alloggio/intestatario contratto, allegando dichiarazione di ospitalità

**DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) Copia documento di identità
- 2) Dati anagrafici delle persone con le quali ci si vuole ricongiungere o per le quali si richiede la carta di soggiorno
- 3) Copia dell'atto di proprietà o contratto d'affitto o dichiarazione di ospitalità
- 4) Copia delle dichiarazioni di conformità ai sensi della L. 46/90 impianto elettrico e di riscaldamento o in mancanza di tali dichiarazioni presentare la dichiarazione firmata dal proprietario dell'alloggio nei casi consentiti dalla Legge (vedi "allegato1")
- 5) Planimetria dell'alloggio
- 6) Marca da bollo da € 16,00 da presentare al momento del ritiro.
- 7) Versamento diritti di segreteria: € 50,00 tramite bonifico bancario alle seguenti coordinate IBAN IT58H056961060000031000X67 intestato a "Comune di Calice Ligure – Servizio Tesoreria" – CAUSALE: Certificato idoneità alloggiativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile  
\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 1)**

il certificato verrà rilasciato entro **30 giorni** dalla data di presentazione della domanda compilata in ogni sua parte e completa di tutti gli elaborati richiesti. I suddetti termini vengono sospesi in caso di presentazione di domanda incompleta della citata documentazione. Il certificato avrà validità di sei mesi, durante i quali potranno essere effettuate copie conformi, presso l'Ufficio Tecnico.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (ALLEGATO 1)**

(art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
In qualità di proprietario dell'immobile sito in Calice Ligure in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
piano \_\_\_\_\_ foglio \_\_\_\_\_ mappale \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_

**DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA'**

Che l'impianto elettrico e termico dell'immobile sono stati eseguiti a "regola d'arte" ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 del D.P.R. 392/94 e rispondono ai requisiti minimi di sicurezza previsti dalla L. 46/90 e D.P.R. 447/91

Che l'alloggio è dotato nel suo complesso di allacciamento idrico, elettrico e fognario

Sono consapevole che se nel corso del sopralluogo degli uffici competenti venissero riscontrati inconvenienti di tipo igienico sanitario, l'ufficiale sanitario dell'ASL potrà dichiarare l'antigienicità dell'alloggio ed il Comune adottare ordinanza per l'adeguamento igienico dello stesso.

Sono consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera. (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000)

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

(ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto alla ricezione, ovvero sottoscritta ed inviata insieme alla fotocopia di un documento d'identità del dichiarante)

**VERBALE DI SOPRALLUOGO**

Accertamento del: \_\_\_\_\_

Compilatore scheda: \_\_\_\_\_

Ubicazione: P.T.    1 P.    2 P.    3 P.    4 P.    5 P

Osservazioni sulle condizioni igienico sanitarie:

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

Necessità parere ASL:    si    no

Dimensioni locali:

INGRESSO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

CUCINA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

PRANZO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

SALOTTO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

CAMERA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

CAMERA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

CAMERA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

BAGNO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

RIPOSTIGLIO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

SUPERFICIE COMPLESSIVA: \_\_\_\_\_ N. VANI \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

L'incaricato \_\_\_\_\_