

OGGETTO: RICHIESTA CERTIFICATO PARAMETRI - D.M. SANITÀ N. 507 DEL 05/07/1975
(G.U. N. 190 DEL 18/07/1975).

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____,

residente in **SCIACCA (AG)** Via _____

tel. _____ cellulare _____

e-mail _____

pec _____

nell'immobile situato al piano _____ di proprietà del Sig.

censito in Catasto Urbano al fg. n. _____ part. _____ sub. _____,

condotto in locazione secondo le normative vigenti, insieme alla propria famiglia oltre che dal sottoscritto/a è composta da n. _____ persone;

CHIEDE

Il rilascio di un certificato attestante che l'alloggio sito in Sciacca
Via _____ rientra nei parametri minimi previsti dal
D.M. n. 507 del 05/07/1975 per essere abitato da n. _____ persone.

Allega alla presente:

- Titolo di proprietà
- Documento di riconoscimento
- Visura e planimetria catastale
- Dichiarazione sulla regolarità urbanistica dell'immobile
- Autocertificazione igienico-sanitaria a firma di un tecnico abilitato

Con Osservanza

Sciacca, _____

(firma del richiedente)
