

In allegato alla dichiarazione di Codice fiscale

Dichiarazione sostitutiva requisiti igienico sanitari

Il sottoscritto													
Cognome				Nome				Codice Fiscale					
Data di nascita Sesso			Luogo di nascita			Cittadinanza							
Reside				Indirizzo			e	B		S I.	B**	CNIC	500
Provinc	cıa	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	САР
Telefono cellulare		ulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					
Il proprietario o altro avente titolo													
Cognome			Nome				Codice Fiscale						
0	in qu	alità di pro	prietario/a										
in qualità di													
:	Specifi	icare											
dall	alles	rajo citust	n in										
dell'alloggio situato in Particella terreni o Unità imm. urbana Cod. cat.			Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura					
			3.00.00			-8							
Province	cia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	Si	NC	CAP

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che l'alloggio rispecchia i requisiti igienico-sanitari del Decreto Ministeriale del 05/07/1975 per quanto riguarda altezza, riscaldamento, umidità, illuminazione, ventilazione e presenza di bagno

~	Elenco degli allegati (barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale) modulo firmato con firma autografa dal proprietario copia del documento d'identità del proprietario visura catastale dell'immobile							

Capannori			
Luogo	Data	il dichiarante	il proprietario