



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA**



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Unità Operativa Complessa Igiene e Sanita' Pubblica
U.O. Igiene Pubblica di Reggio Calabria
Dirigente Medico Dott. Marialaura Giulianini

__l_ sottoscritt _____
Nat_ a _____ Il _____
Residente in _____ Via _____
n. civ. _____ Piano _____ int. _____ Tel. _____
proprietario dell'alloggio sito in _____ Via _____
n. civ. _____ Piano _____ int. _____ Tel. _____
locatario/ in uso/ Sig./Sig.ra _____ tel. _____

CHIEDE

Alla S.V. un sopralluogo presso l'alloggio in uso al proprio/altro nucleo familiare composto da n° _____ persone al fine di accertarne le condizioni igienico-sanitarie.

Si richiede altresì il rilascio in carta semplice della relativa certificazione per uso: _____

Allega alla presente:

1) attestazione dell'avvenuto pagamento di euro **22,34** sul conto corrente bancario dell'Istituto Tesoriere BNL per l'ASP con IBAN **IT66Z010051630000000218050** tramite:

- contanti presso tutte le casse tickets;
 - bancomat o carta di credito c/o le casse tickets abilitate;
 - bonifico presso tutti gli sportelli bancari o postali (anche con sistema online) intestato all'ASP di Reggio Calabria
- Causale:** accertamento igienico-sanitario

2) planimetria in scala 1:100 vidimata da tecnico abilitato;

3) copia del documento di riconoscimento in corso di validità del proprietario dell'alloggio.

RC _____

FIRMA _____

Spazio riservato all'ufficio:

Prot. N. _____