

OGGETTO: Accertamento idoneità alloggio per ricongiungimento familiare.

Il sottoscritto

nato a Stato..... il

residente a Trecate, in Via/Piazza..... n°.....

cittadino, intendendo chiedere il ricongiungimento per i seguenti familiari:

- a) Coniuge non legalmente separato e di età non inferiore ai diciotto anni;
- b) Figli minori, anche del coniuge o nati fuori del matrimonio, non coniugati, a condizione che l'altro genitore, qualora esistente, abbia dato il suo consenso;
- c) Figli maggiorenni a carico, qualora per ragioni oggettive non possano provvedere alle proprie indispensabili esigenze di vita in ragione del loro stato di salute che comporti invalidità totale;
- d) Genitori a carico, qualora non abbiano altri figli nel Paese di origine o di provenienza, ovvero genitori ultrasessantacinquenni, qualora gli altri figli siano impossibilitati al loro sostentamento per documentati, gravi motivi di salute.

CHIEDE

ai sensi dell'art.29, comma 3, lett. A, del D.Lgs. 25.7.1998, n. 286 come sostituito dalla Legge 15.7.2009, n. 94, l'accertamento da parte dei competenti uffici comunali, delle conformità del suo alloggio sito in Trecate, Via/Piazzan°..... ai requisiti igienico-sanitari, nonché di idoneità abitativa.

Distinti saluti.

.....

Per contatto: Numero telefonico.....

Numero fax

Casella di posta elettronica