

Al Sig. Sindaco
Del Comune Di Trecate
Piazza Cavour 24
28069 TRECATE NO

(Istanza n° _____)

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____

NOME _____

VIA _____

TELEFONO _____

CELL. _____

CHIEDE

A codesto Servizio sopralluogo di verifica al fine del rilascio del certificato attestante le condizioni Igienico Sanitarie e - **attestato di Idoneità abitativa (solo ed esclusivamente per il Ricongiungimento Familiare)** - dell'alloggio sito in:

Via/Piazza _____ n° _____

Comune di Trecate

Per:

Ricongiungimento Familiare (allegare alla domanda ricevuta di pagamento di sei euro per diritti di segreteria – da pagare presso l'Ufficio Economato del Comune di Trecate)

— Carta di soggiorno.

— Permesso di soggiorno.

— Badante.

— Altro _____

Trecate li, _____

Firma, _____

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO