

Marca
da Bollo
€ 16,00

Al Responsabile del Servizio Tecnico
Del Comune di Villar Focchiardo

OGGETTO: Richiesta di attestazione ai sensi del D.P.R. 394/1999, Dlgs 286/98 e la Legge 94/09 per:

- Visto ricongiungimento familiare;
- Visto per famigliari al seguito
- Contratto di soggiorno per lavoro subordinato
- Permesso di soggiorno per soggiornanti di lungo periodo
- Coesione familiare
- Altro

II/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

C H I E D E

L'accertamento di idoneità alloggiativa per l'immobile sito in _____

Di cui ha la disponibilità in quanto:

- Proprietario
- Affittuario
- messo a disposizione dal datore di lavoro
- Altro

Nominativo del proprietario dell'immobile _____

Per comunicazioni: n. tel _____

A tale scopo allega:

1. Copia del contratto di affitto/Lavoro;
- 2 Nulla osta della Proprietà;
3. Copia della planimetria redatta in scala 1:100 con indicazione delle altezze e destinazione d'uso dei locali;
4. Versamento di € 16,00 direttamente allo sportello al momento della presentazione della domanda

Villar Focchiardo, _____

Il Richiedente e o Delegato