

AZIENDA SANITARIA LOCALE NR. 2

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

U.O. IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Via Di Tiglio 292 CARRAIA

Oggetto: Verifica locali di abitazione per prestazione richiesta diretta dall'utente, previo pagamento diritti A.S.L. nr.2

Prestazione richiesta: (barrare la casella interessata)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ANTIGIENICITA' | <input type="checkbox"/> ASSEGNAZIONE ALLOGGI
DI EDILIZIA POPOLARE e/o
RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE |
| <input type="checkbox"/> IGIENICITA' ABITATIVA | |
| <input type="checkbox"/> ESISTENZA DI BARRIERE
ARCHITETTONICHE | <input type="checkbox"/> ALTRI USI |
| <input type="checkbox"/> ALLOGGIO IMPROPRIO | |
| <input type="checkbox"/> SOVRAFFOLLAMENTO | |

Richiedente Sig. _____

Via _____ nr. _____

Frazione _____ Comune _____

Codice Fiscale : / _ /

Telefono abitazione _____ Cellulare _____

Lucca, li _____

Firma

Documentazione da allegare : *Stato di Famiglia e Certificato di Residenza , oppure:*

Dichiarazione sostitutiva di certificazione anagrafica(stato di famiglia e certificato di residenza)

NB. Il certificato richiesto potrà essere ritirato presso l'ufficio SUP del Dipartimento di Prevenzione dopo 7 gg. dal sopralluogo della ASL 2, consegnando l'attestazione di avvenuto pagamento, da:

- il richiedente,
- un componente del suo nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia o dalla dichiarazione sostitutiva,
- una terza persona munita di delega del richiedente.