



COMUNE DI SASSARI

Allegato 5.a

DICHIARAZIONE RINNOVO ATTESTAZIONE IDONEITA' ABITATIVA E CONFORMITA' IGIENICO-SANITARIA E CAPIENZA ALLOGGIO DELL'IMMOBILE

Il dichiarante

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Nato/a a _____ il _____ Residente in _____ Provincia _____

Via / Piazza / Loc. _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale n. _____ Tel. _____

e-mail _____

In qualità di:

- Tecnico incaricato iscritto all'albo / ordine della Provincia di _____ al numero _____
con il titolo di: geometra - architetto - ingegnere - agronomo - perito agrario - perito industriale

ovvero,

- Proprietario - Affittuario - Conduttore - altro _____

In riferimento alla richiesta di rinnovo:

dell'attestazione sull'idoneità abitativa e di conformità igienico-sanitaria di cui al D.M. Sanità del 05 Luglio 1975,
Prot. n. _____ del _____ rilasciata a nome di _____

Per l'immobile sito a Sassari in:

Via / Piazza / Loc. _____ n. _____ Piano _____ Interno _____

distinto al Catasto Fabbricati al Foglio _____ Mappale _____ Subalterno _____

DICHIARA

consapevole della responsabilità penale, in caso di falsità in atti e di dichiarazione mendace, ai sensi degli articoli 47, 48 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

che per l'immobile in oggetto, non sono mutate le condizioni igienico sanitarie e di capienza, di cui al D.M. Sanità del 05 Luglio 1975, così come attestate nel precedente certificato di idoneità abitativa sopra richiamato.

Dichiaro di essere informato ed autorizzo, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 e 23 D.Lgs n.196/2003 (Codice sulla Privacy), alla raccolta ed il trattamento dei dati personali, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa nei termini e per le finalità previste dalle leggi e regolamenti.

Sassari il _____

Il Dichiarante
