

Dipartimento di Prevenzione

UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Via IV Novembre, 46 - 36100 Vicenza

Spett. Azienda ULSS 8 Berica

Dipartimento di Prevenzione

U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Via IV Novembre, 46

36100 VICENZA (VI)

- (selezionare un'opzione) Trasmissione a mezzo P.E.O.¹ all'indirizzo dipartimento.prevenzione@aulss8.veneto.it
 Trasmissione a mezzo P.E.C.² all'indirizzo protocollo.prevenzione.aulss8@pecveneto.it

Oggetto: Richiesta di verifica e certificazione delle eventuali condizioni abitative improprie dell'alloggio occupato ai fini della partecipazione a bando di assegnazione di alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica (E.R.P.).

*(MODELLO COMPILABILE DIGITALMENTE)***IL SOTTOSCRITTO/A**

DENOMINAZIONE	<i>Cognome</i>		<i>Nome</i>		
RESIDENZA	<i>Comune</i>	<i>CAP</i>	<i>Indirizzo</i>		
DOMICILIO	<i>Comune</i>	<i>CAP</i>	<i>Indirizzo</i>		
CODICE FISCALE					
CONTATTI	<i>Telefono</i>		<i>E-mail</i>		
CHIEDE LA VERIFICA DELL'ALLOGGIO SITO IN	<i>Comune</i>		<i>CAP</i>		
	<i>Via/Piazza ecc.</i>	<i>N° civico</i>	<i>Interno</i>	<i>Piano</i>	<i>Scala</i>
	<i>Nome riportato nel campanello</i>				

IN QUALITÀ DI

<input type="checkbox"/>	Proprietario	<input type="checkbox"/>	Conduttore	<input type="checkbox"/>	Assegnatario di Alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica
<input type="checkbox"/>	Altro:				
	<i>Specificare</i>				

AI FINI DELLA PARTECIPAZIONE AL BANDO E.R.P. CON SCADENZA IL**PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI**

<input type="checkbox"/>	Presenza di barriere architettoniche (in alloggio occupato da portatore di handicap motorio riconosciuto da apposita commissione ULSS, ai sensi della L. 104/1992 e smi) ³
<input type="checkbox"/>	Alloggio sovraffollato (da tre a quattro persone a vano utile, esclusa la cucina se inferiore a 14 mq)
<input type="checkbox"/>	Alloggio antigienico (con la sottoscrizione della presente e ai sensi del DPR 445/2000 si dichiara di aver compiuto normali interventi manutentivi senza risoluzione delle problematiche)
<input type="checkbox"/>	Altro:

PRECEDENTI SOPRALLUOGHI ULSS NELL'ALLOGGIO DEI QUALI SI È A CONOSCENZA*Indicare le date*¹ Posta Elettronica Ordinaria² Posta Elettronica Certificata³ All'atto del sopralluogo dovrà essere esibita apposita evidenza documentale.

EVENTUALI INDICAZIONI PARTICOLARI PER RAGGIUNGERE L'ALLOGGIO

Dichiara altresì di essere informato/a ed acconsentire al trattamento, anche mediante sistemi automatizzati, dei dati raccolti nel rispetto del Reg. (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 101/2018.

Dichiaro inoltre di essere informato che in caso di riscontro di situazioni di inconveniente igienico-sanitario verranno avviate d'ufficio le azioni per l'eliminazione dell'inconveniente stesso con coinvolgimento dell'Autorità Sanitaria Locale. Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che la consulenza richiesta è resa a pagamento ai sensi del tariffario unico regionale delle prestazioni rese dai dipartimenti di prevenzione delle aziende ULSS di cui alla D.G.R.V. 1251/2015 e quindi compila in tutte le sue parti la sezione in calce al presente modulo a tal fine.

Documentazione da allegare in caso di modalità di pagamento presso le casse fisiche dell'ULSS (la carenza di documentazione produrrà la mancata presa in carico della richiesta):

- Ricevuta di pagamento

Data

Firma (per esteso e leggibile)

PER SERVIZIO CASSE oppure PROPOSTA DI EMISSIONE MODULO pagoPA
(BARRARE LA MODALITÀ UTILIZZATA)

Distretto Est – Codice Causale 294 - Distretto Ovest – Codice Causale 1.1 – 2.4

Orari apertura punti casse disponibili sul sito web www.aulss8.veneto.it

Compilare il seguente prospetto con lo stesso nominativo indicato nella richiesta.

COMPILARE DIGITALMENTE O SCRIVERE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO.

DENOMINAZIONE	<i>Cognome</i>				<i>Nome</i>			
CODICE FISCALE								
DATI DI NASCITA	<i>Luogo</i>				<i>Data</i>			
RESIDENZA	<i>Comune</i>			<i>CAP</i>	<i>Indirizzo (Via e numero civico)</i>			
CONTATTI	<i>E-mail</i>				<i>Telefono</i>			

IMPORTO DA VERSARE PER PRESTAZIONE U.O.C. S.I.S.P.	<i>Rilascio certificazione condizioni oggettive alloggio a fini di Edilizia Residenziale Pubblica (E.R.P.) (comprensivo di sopralluogo e spese di trasferta)</i>	€ 43,00
-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

Data

Firma (per esteso e leggibile)