

Medicina, \_\_\_\_\_

AL COMUNE DI MEDICINA  
Area Pianificazione del Territorio

Con la presente il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di Medicina in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rilascio di un certificato attestante che l'alloggio in cui risiede, di proprietà del  
sig. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_, rientra nei parametri minimi previsti dal D.Lgs. n.  
286 del 25/7/1998 e ss.mm., al fine di ottenere:

- art. 5 permesso di soggiorno
- art. 9 carta di soggiorno
- art. 22 lavoro subordinato a tempo determinato e indeterminato
- art. 24 lavoro stagionale
- art. 29 ricongiungimento familiare \_\_\_\_\_

Distinti saluti.

L'affittuario

\_\_\_\_\_

Allegati obbligatori:

- copia della planimetria e visura catastale
- copia del contratto di affitto
- copia di un documento di riconoscimento valido

2dir.prestampati/richiesta ricong.famil