

Protocollo

al Sig. **Sindaco**  
Città di Medicina  
Via Libertà n. 103 C.A.P. 40059

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via / P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ dichiara che l'abitazione in cui risiede è collocata al piano \_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_ rampe di scale.

### C H I E D E

il rilascio di certificazione relativa all'abitazione in cui risiede, attestante l'impossibilità di installare una rampa di cui al Decreto del Ministero dei Lavori Pubblici n. 236/89.

Medicina,

Firma \_\_\_\_\_