

Medicina, _____

AL COMUNE DI MEDICINA
Area Gestione 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 permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo
- art. 22 lavoro subordinato a tempo determinato e indeterminato
- art. 24 lavoro stagionale

Il richiedente

Allegati obbligatori:

- copia della planimetria dell'abitazione
- copia del contratto di locazione o copia del rogito (in caso di proprietà)
- copia di un documento di riconoscimento valido

N.B.

Al momento del ritiro della certificazione occorre effettuare il pagamento dei diritti di segreteria per l'importo pari ad € 10,00.

Il sottoscritto autorizza l'effettuazione dei controlli da parte dei tecnici comunali mediante l'accesso all'appartamento per il quale si chiede il rilascio del certificato.

Il richiedente
