

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

AL COMUNE DI MEDICINA  
Area Gestione del Territorio

Con la presente il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ in qualità di datore di lavoro

### CHIEDE

ai sensi del T.U. 286/98 e ss.mm. aggiornato con la Legge 94/2009 e il D.P.C.M. del 27 settembre 2023, il rilascio di un certificato attestante che l'alloggio proprietà del sig. \_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_ foglio \_\_\_\_\_ mappale \_\_\_\_\_, rientri nei parametri minimi previsti dal Decreto Legislativo summenzionato al fine di ottenere:

art. 22 lavoro subordinato a tempo determinato e indeterminato relativo al sig./ \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il richiedente

Allegati obbligatori:

- copia della planimetria dell'abitazione
- copia del contratto di locazione o copia del rogito (in caso di proprietà)
- copia delle dichiarazioni di conformità degli impianti ai sensi del D.M. 37/2008 (elettrico, idro-sanitario, adduzione gas)
- certificato di conformità edilizia o dichiarazione tecnico abilitato per la staticità dell'immobile
- 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