

Marca da bollo  
€ 16,00**RICHIESTA CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLOGGIO**Al Direttore del Servizio  
Igiene e Sanità Pubblica - ASL 8  
**CAGLIARI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
e residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

ai fini del rilascio del:

- permesso di soggiorno per lavoro autonomo (art. 26, comma 3, D.Lgs. 286/1998 e s.m.i.)  
 contratto di soggiorno per lavoro subordinato (art. 8 bis, comma 1, D.P.R. 394/1999 e s.m.i.)  
 permesso di soggiorno CE (art. 9, comma 1, D. Lgs. 3/2007 e s.m.i.)

**CHIEDE**

che gli venga rilasciato il certificato di idoneità igienico-sanitaria dell'alloggio sito nel  
Comune di \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
di proprietà del Sig. (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) e residente in  
\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_