

**Oggetto: RICHIESTA CERTIFICATO INABITABILITA'**

COMUNE DI \_\_\_\_\_

**IL SOTTOSCRITTO** \_\_\_\_\_

abitante in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Chiede un sopralluogo per il riconoscimento della INABITABILITA' della propria  
abitazione.**

**Si richiede per uso** \_\_\_\_\_

Si allega l'originale della ricevuta di versamento di € 15,49 (di cui 12,91 imponibile + 2,58 IVA 100%) N° 21780093 intestato Servizio Tesoreria ASL Cagliari c/o Banco di Sardegna -Cagliari -  
Causale: Accertamento diritti sanitari.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_