



Dipartimento di Sanità Pubblica

Sede di _____

RICHIESTA DI SOPRALLUOGO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____
(Località, Via, Numero Civico)

telefono N. _____

CHIEDE

che venga effettuato un sopralluogo, da parte di questa Unità Operativa, alla propria abitazione, per accertare lo stato di antigienicità dei locali per uso prima assegnazione case popolari (L.R. n. 24 del 08/08/01).

(firma)

Piacenza, _____