DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ai sensi del DPR 445/2000 art. 47 (ALLEGATO A)

Oggetto:

ACCERTAMENTO DEI REQUISITI IGIENICO SANITARI E DI IDONEITA' ABITATIVA (ai sensi dell'art. 29, comma 3, del D.Lgs. 25/07/98, modificato dall'art. 19 della L. n. 94/2009)

Il Sottoscritto Tecnico ab	ilitato:				
Numero iscrizione Albo /	Collegio		n°		
Numero iscrizione Albo / Recapito telefonico		mail:		(1001 ±000)	
a richiesta del Sig nato a Via					
nato a		il	residente	occupante l'allo	ggio sito in
1 14		_ **	Pidilo		,
in qualità di	proprietario □	affīttuario □	altro	titolo 🗆	
Effettuato un sopralluog	o in data	pre	sso l'immobile si	to in .	
Via/Piazzaavente le seguenti caratteristiche:		n°		piano	int,
Denominazione locale	Altezza in ml.	Dimensioni loc	ale (ml. x ml.)	Superficie cal	pestabile mq.
			and a superior of territors of		
				-	
				 	
				_	2100 A 100 A 1
				+	***
				+	
TOTALE				MQ.	-
consapevole degli effetti pe citato DPR 445/2000, sotto			atti ed uso di atti :	falsi ai sensi dell	articolo 76 del
 Che l'alloggio di cui materia sanitaria ed i nº 1265, al D.M. 5 lug Che l'alloggio ha idor previsti dal D.M. 5 lug 	in particolare al Test lio 1975; ieità abitativa alla pe	o Unico delle Leg	gi Sanitarie, app	provato con R.D	. 27 luglio 1934,
La presente dichiarazione modificato dall'art. 19 della			t. 29, comma 3,	del D.Lgs. 25/0	7/98, così come
Lì,		P	T: 1	- All - / O II '	
		Firma e	e Timbro iscrizion	ie Albo / Collegio)