

AL SINDACO
DELLA CITTA' DI ORBASSANO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Di nazionalità _____ stato civile _____

Residente in Orbassano via _____

C H I E D E

L'accertamento idoneità alloggiativi ai sensi:

- dell'art. 6 D.P.R. 31/8/1999 n. 394 (RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE)
- dell'art. 16 D.P.R. 31/8/1999 n. 394 (CARTA DI SOGGIORNO)

L'interessato autorizza la Città di Orbassano a raccogliere e trattare i propri dati personali (anche riferiti a condizioni di salute limitatamente a quanto necessario) per rispondere alla richiesta d'intervento che lo riguarda. I Servizi Comunali si impegnano ad utilizzare tali dati solo per fini strettamente connessi ai loro compiti. Quanto sopra in osservanza della Legge sulla Tutela dei dati personali (n. 675/96-196/2003 e s.m.i.).

Data _____

FIRMA

~~~~~  
Nr. Telefono abitazione \_\_\_\_\_

Nr. Telefono lavoro \_\_\_\_\_

Fascia orario reperibilità \_\_\_\_\_

Persona reperibile in sua vece \_\_\_\_\_