Comune di Trasacco (AQ)

Piazza Mazzini - c.a.p. 67059
TEL. 0863/931120 FAX 0863/931240
C.F. 00167260660
E-Mail info@comune.trasacco.aq.it

Marca da bollo

Al responsabile U.T.C. del Comune di Trasacco

| **RICHIESTA CERTIFICATO DI AGIBILITA'** / **ABITABILITA'** |

La/Il sottoscritto/a.....

Nato/a .....Il .....

Residente a ..... Via ..... N° .....

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Tel. .....

In qualità di, ...

Avendo ultimato i lavori di, ...

.....

.....

In via.. .....N°.....

Approvati con concessione/autorizzazione edilizia N°..... del.....

E seguenti atti/varianti abilitati, ...

.....

Chiede:

Il rilascio del certificato di abitabilità/agibilità relativa al fabbricato suddetto.

A tale scopo si allegano alla presente i seguenti documenti:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Dichiaro di essere informato che i dati personali saranno trattati, e ne autorizzo la raccolta degli stessi, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96. Dichiaro inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false o non veriteriere, così come richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Trasacco lí, ... Il Dichiarante .....