

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

## CHIEDE

### l'accertamento idoneità alloggiativa ai sensi

dell'art. 6, comma 1, lettera c) D.P.R. 394/1999 e s.m.i. (VISTO PER RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE)

dell'art. 6, comma 3 D.P.R. 394/1999 e s.m.i. (VISTO PER FAMILIARI AL SEGUITO)

dell'art. 8 bis, comma 1 D.P.R. 394/1999 e s.m.i. (CONTRATTO DI SOGGIORNO PER LAVORO SUBORDINATO)

dell'art. 9, comma 1 D.Lgs 3/2007 e s.m.i. (PERMESSO DI SOGGIORNO CE PER SOGGIORNANTI DI LUNGO PERIODO )  
[ ex carta di soggiorno per familiari ]

dell'art. 30, comma 1 lettera c) D.Lgs. 286/1998 e s.m.i. (COESIONE FAMILIARE)

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

per l'alloggio sito in Torino, Via / Corso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_ scala \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_

### di cui ha disponibilità in quanto

proprietario  affittuario

messo a disposizione dal datore di lavoro

Altro \_\_\_\_\_

Indicare il nominativo del proprietario e/o dell'amministratore dell'immobile

### PER COMUNICAZIONI:

Numero telefonico abitazione \_\_\_\_\_ Numero telefonico posto di lavoro \_\_\_\_\_

Altro numero telefonico \_\_\_\_\_

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

Abitante in \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato ai sensi del D.l.vo 196/2003, che i dati personali, anche sensibili, da me volontariamente forniti e necessari per l'intervento richiesto (in base al regolamento sui dati sensibili del Comune di Torino) saranno trattati dai dipendenti del Comune, anche con strumenti informatici, soltanto per il procedimento per il quale è resa questa dichiarazione. Sono a conoscenza di poter esercitare i miei diritti in ordine al trattamento dei dati rivolgendomi al Settore Stranieri e Nomadi del Comune di Torino. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore della Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie. Il Titolare di tale trattamento è il Sindaco.

**FIRMA** \_\_\_\_\_ Torino, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

-----  
Parte riservata alla Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie

Settore Stranieri e Nomadi -Ufficio Stranieri

Domanda ricevuta il ...../...../.....

Certificato consegnato in data ...../...../.....

Firma per ricevuta .....