|  |
| --- |
| **Commune de …….** |
| **11, rue du Soleil** |
| **L-1111 Soleil** |
| **Tél :** |
| **Fax :** |
| **E-mail :** |

**Concerne : critère LENOZ 1.1.2 – Confirmation de zone résidentielle prioritaire**

Monsieur, Madame,

Par la présente nous confirmons que le terrain sur lequel le projet en référence ci-dessous sera/ est construit, se trouve dans une zone résidentielle prioritaire de la Commune :

|  |  |
| --- | --- |
| n° cadastral |  xxx/xxxx |
| OU n° dossier LENOZ |  xxx/xxxx |
| OU Adresse |  xxx/xxxx |

Meilleures salutations,

NOM, Prénom + signature