

# DOMANDA DI CAMBIO ALLOGGIO (Ai sensi dell'Art. 22 del R/R n. 4/2017)

## Il sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

## Titolare di alloggio destinato a Servizio Abitativo Pubblico

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo (via e n. civico) \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Codice unità immobiliare \_\_\_\_\_

Mq \_\_\_\_\_ (da compilarsi a cura dell'Ufficio) SCALA \_\_\_\_\_ N° ALL. \_\_\_\_\_ PIANO \_\_\_\_\_ ASC. (si) (no)

Telefono \_\_\_\_\_ Indirizzo mail \_\_\_\_\_

## Motivo della richiesta di mobilità

IL RICHIEDENTE dichiara che sussiste almeno uno dei seguenti requisiti:

Presenza nel nucleo familiare di utente in carrozzina	<input type="checkbox"/>
Presenza nel nucleo familiare di persona con invalidità uguale al 100% con accompagnamento	<input type="checkbox"/>
Presenza nel nucleo familiare di persona con invalidità uguale al 100% senza accompagnamento	<input type="checkbox"/>
Presenza nel nucleo familiare di persona con invalidità compresa tra il 66% e il 99%	<input type="checkbox"/>
Presenza nel nucleo familiare di persone con età superiore ai 65 anni	<input type="checkbox"/>
SOVRAFFOLLAMENTO	<input type="checkbox"/>
Richiedenti che abitino con il proprio nucleo familiare da almeno un anno in alloggio che	<input type="checkbox"/>

<p>presenta sovraffollamento, vale a dire:</p> <p>1 o 2 persone in un vano abitabile = 17 mq</p> <p>3 persone in due vani abitabili = 34 mq</p> <p>4 o 5 persone in 3 vani abitabili = 50 mq</p> <p>6 persone in 4 vani abitabili = 67 mq</p> <p>7 o più persone in 5 vani abitabili = 84 mq</p>	
<p><b>SOTTOUTILIZZO</b></p> <p>Se è presente la condizione di forte sottoutilizzo:</p> <p>1 persona in alloggio con metratura superiore a mq 60</p> <p>2 persone in alloggio con metratura superiore a mq 85</p> <p>3 persone in alloggio con metratura superiore a mq 100</p> <p>4 persone in alloggio con metratura superiore a mq 120</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Gravi e documentate necessità del richiedente o del relativo nucleo familiare</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Necessità di avvicinamento al posto di lavoro nel Comune di _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Non sussiste motivazione d'emergenza</p>	<input type="checkbox"/>

## **Preferenze**

**COMUNE** (DA INDIVIDUARSI TRA UNO DEI COMUNI DELL'AMBITO DI MERATE)

\_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_ (dell'intestatario del contratto)

## Nucleo familiare per il quale si chiede la mobilità incluso il richiedente

N.	COGNOME E NOME	data di nascita	Luogo di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela
1					Capofamiglia
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

**Firma: (devono firmare tutti i componenti maggiorenni del nucleo familiare)**

---

---

---

---

---

---

## AUTOCERTIFICAZIONE

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 il sottoscritto **dichiara:**

- La veridicità di quanto riportato nelle pagine precedenti consapevole della responsabilità e delle sanzioni stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di false attestazioni e mendaci dichiarazioni.
- Di essere in possesso egli/ella stesso/a ed i componenti del proprio nucleo familiare dei requisiti di legge previsti per la permanenza negli alloggi di servizi abitativi pubblici e in particolare non trovarsi nelle condizioni di decadenza indicate nell'art. 25 del Regolamento Regionale n. 4/2017.
- Di essere in regola con il pagamento dei canoni e delle spese accessorie e con l'adempimento di tutti gli altri obblighi contrattuali. È stato altresì informato che in presenza di morosità la mobilità potrà essere autorizzata solo previa definizione del debito secondo le vigenti procedure aziendali.**
- Con riferimento ai dati personali sopra riportati i sottoscritti, preso atto delle informazioni fornite dall'Aler ai sensi dell'articolo 13 Regolamento UE 2016/679, acconsentono al trattamento dei dati personali, inclusi gli eventuali dati "sensibili" di cui all'art.9., della normativa citata, ed alla loro comunicazione a terzi, anch'essi obbligati al pieno rispetto dei vincoli della predetta legge e, comunque nei limiti delle finalità istituzionali dell'Aler.

### Firma di tutti i componenti maggiorenni del nucleo familiare

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'omissione della firma di consenso al trattamento dei dati personali porrà il Comune nell' impossibilità di svolgere le incombenze connesse alla presente domanda.

DATA, \_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**  
**(in aggiunta a quanto già dichiarato nella presente domanda)**

**Per tutti i componenti del nucleo familiare:**

- Fotocopia documento identità valido
- Codice Fiscale
- Fotocopia permesso/carta di soggiorno e dell'eventuale richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno di tutti i componenti del nucleo familiare, previa esibizione dell'originale
- Stato di famiglia o autocertificazione aggiornato alla data di presentazione della domanda
- Copia Attestazione ISEE e DSU (dichiarazione sostitutiva unica) in corso di validità
- In caso di **Invalidità** copia certificato rilasciato dall' ATS o Commissione Sanitaria attestante la percentuale di invalidità
- In caso di **Separazione o Divorzio**: copia della sentenza di separazione/divorzio o decreto di omologazione