

**Amministrazione destinataria**

Comune di Piacenza

Ufficio destinatario

Servizio Progetto casa

**Domanda di cambio alloggio su richiesta dell'assegnatario****Il/la richiedente** (beneficiario della domanda)

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

- autonomamente
- coadiuvato da un compilatore autorizzato di C.A.F.

Specificare (CGIL, SILCED, UIL, CNA, MCL, ACLI, CISL, BURLAC, AIG, ZEROCARTA, SINALP)

 accreditato non accreditato

Specificare

Recapito (telefono o indirizzo email)

Dati del compilatore

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Recapiti telefonici (della persona richiedente)

Num.telefono	Cellulare
<input type="text"/>	<input type="text"/>

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento (mail ordinaria o PEC)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

- di partecipare alla graduatoria per il cambio alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica (E.R.P.) per le seguenti motivazioni
(Specificare)

- di far pervenire ogni eventuale comunicazione: (selezionare una delle seguenti)

 al proprio indirizzo di residenza al proprio domicilio sito in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

 al domicilio digitale (PEC)

impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso e sollevando fin d'ora l'ufficio da qualsiasi responsabilità in conseguenza di variazione di residenza e/o recapito non opportunamente segnalati.

Valendosi della facoltà prevista dall'art. 46 e dall'art. 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole di quanto previsto all'art. 71 e delle sanzioni penali sancite dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'art. 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di aver rispettato i Regolamenti Comunali *(di cui all'art.25, comma 9 della Legge Regionale 24/2001)*
- di non essere soggetto ad un procedimento di decadenza dall'assegnazione
- di aver diligentemente condotto l'alloggio, gli spazi accessori e le pertinenze *(di cui all'art. 1587 c.c.)*
- di essere in regola con il pagamento del canone di locazione e degli oneri accessori
(costituiscono motivo di esclusione: il mancato pagamento anche di una sola mensilità e le eventuali rateizzazioni del debito contratto con Acer)

Data 1° assegnazione Data ultimo cambio

avvio locazione cambio eseguito in passato

- di essere in possesso dei requisiti previsti per la permanenza in un alloggio di E.R.P.

Numero permesso	Data rilascio	Rilasciato dalla questura di (indicare il Comune)	Valido fino al
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ed esercitante regolare attività di lavoro

subordinato (dipendente)

Nome azienda

autonomo (indipendente)

P.IVA / C.C.I.A.A. n°

Comune

- che oltre al richiedente, il nucleo familiare per cui si chiede *il cambio* di alloggio E.R.P. é composto dalle seguenti persone: *(Indicare tutti gli altri membri del nucleo; per più di cinque componenti, utilizzare la sezione 'Eventuali annotazioni' in fondo al modulo)*

Nome	Cognome	Rapporto / grado di parentela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Stato civile	Luogo di nascita	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome	Cognome	Rapporto / grado di parentela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Stato civile	Luogo di nascita	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome	Cognome	Rapporto / grado di parentela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Stato civile	Luogo di nascita	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome	Cognome	Rapporto / grado di parentela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Stato civile	Luogo di nascita	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome	Cognome	Rapporto / grado di parentela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Stato civile	Luogo di nascita	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- la seguente persona assunta quale assistente familiare o collaboratore domestico

Si specifica che il contratto (da allegare alla presente domanda) del collaboratore deve comprendere l'orario notturno e la convivenza

Nome	Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A - Condizioni personali rapportate all'inidoneità

il nucleo assegnatario si trova in una o più delle seguenti condizioni:

- presenza di persone con disabilità *(Ai fini della valutazione della gravità della condizione dell'invalidità, si applica la definizione riportata nell'allegato 3 al DPCM 159/2013 e riportata nella scheda informativa del presente modulo)*
- num. con disabilità grave, non autosufficienti e con impossibilità a deambulare (*)
- num. con disabilità grave, non autosufficienti
- num. con disabilità grave
- num. con disabilità media

(*) per disabilità grave e impossibilità a deambulare, occorre allegare alla presente domanda la documentazione dell'U.O. Protesica dell'ASL

- presenza di persone affette da gravi patologie certificate dalla competente struttura pubblica e/o medici di medicina generale
(da cui emerga in modo esplicito l'esigenza di una diversa sistemazione alloggiativa)
- composizione inidonea dei vani letto in relazione ai componenti del nucleo:
- presenza di persone di generazione e/o sesso diversi che occupano un alloggio di vani letto inadeguato rispetto alle caratteristiche del nucleo
(tale condizione sarà riconosciuta esclusivamente per chi occupa un alloggio dello standard abitativo previsto all'art. 10, comma 6, lettera C)
- presenza di persone che abbiano necessità di particolari ausili e/o strumentazioni indispensabili da cui emerga esplicitamente la necessità di un vano letto autonomo
(tale situazione deve essere certificata dalla competente struttura pubblica e/o da medici di medicina generale e dovrà essere allegata alla domanda)
- presenza di persone che hanno necessità di avvicinamento ai familiari per assistenza quotidiana

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>						
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Data di nascita			Grado di parentela							
<input type="text"/>			<input type="text"/>							

- presenza di persone che hanno esigenza di cura e assistenza in strutture mediche, sanitarie e/o riabilitative o socio-sanitarie (distanti e/o comunque in quartieri non confinanti con quello dell'alloggio assegnato) *(sarà necessario allegare alla domanda le certificazioni attestanti l'esigenza di cura)*

Frequenza delle cure		Nome della struttura								
<input type="text"/>		<input type="text"/>								
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

- presenza di persone che hanno esigenza di avvicinamento al luogo di lavoro
(sarà necessario allegare alla domanda il contratto o una dichiarazione del datore attestante il luogo di lavoro)
- presenza *esclusiva* di persona/e nel nucleo con età superiore a 65 anni
- genitore solo con figli a carico fiscale
- num. minorenni
- num. maggiorenni con disabilità

NOTA: Si intende inidoneo un alloggio che rientra almeno in uno dei seguenti parametri, in rapporto alle condizioni personali:

- ubicazione dell'alloggio rispetto a strutture assistenziali ed educative ed alle reti familiari di supporto

- conformazione dell'alloggio

- accessibilità / inaccessibilità dell'alloggio

(barriere architettoniche esterne e/o interne, assenza di ascensore, mancanza di vani adeguati in relazione alla tipologia della malattia)

B - Inidoneità dell'alloggio

rispetto allo standard abitativo previsto (riferimento normativo art.10 comma 6 del Regolamento Comunale)

- in relazione al reddito dei suoi occupanti, che gli oneri accessori/spese condominiali sono
 - pari o superiori al 20% del reddito ISEE
 - pari o superiori al 30% del reddito ISEE
- in relazione al numero dei componenti del nucleo familiare
 - un sottoutilizzo per num. persone in meno
 - un sovraffollamento per num. persone in più

C - Anzianità di residenza

- il nucleo dichiara di risiedere continuativamente nello stesso alloggio da almeno dieci anni

D - Esigenza di tutela

- in capo al nucleo assegnatario o ad un suo componente sussiste esigenza di tutela e vi sia grave conflittualità familiare (sarà necessario allegare alla domanda il provvedimento dell'Autorità giudiziaria o la denuncia che attesti l'esigenza di tutela indicata)

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati:

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

DOCUMENTAZIONE PERSONALE:

- copia del documento d'identità del dichiarante *(da allegare solo se il modulo è presentato in forma cartacea e sottoscritto con firma autografa)*
- copia del documento d'identità del richiedente *(da allegare solo se la domanda è presentata per conto di altra persona)*
- copia del permesso di soggiorno *(in corso di validità)*
- certificati di invalidità *(per ogni componente del nucleo con disabilità)*
- copia del certificato medico attestante la malattia cronicizzata o la grave patologia
- certificazione della struttura pubblica o medici di medicina generale attestante la necessità di vano letto autonomo
- documentazione attestante esigenze di cura e/o assistenza in strutture mediche, socio sanitarie o riabilitative
- documentazione dell'U.O. protesica della ASL di riferimento *(per ogni componente del nucleo con impossibilità a deambulare)*
- foto / scansione della marca da bollo annullata
- altri allegati *(specificare)*

DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE SITUAZIONI LEGALI E/O ABITATIVE:

- contratto di lavoro dell'assistente familiare o collaboratore domestico
- contratto o dichiarazione del datore di lavoro *(attestante il luogo di lavoro)*
- copia del provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o da denuncia per esigenza di tutela del nucleo
- documentazione che attesti la necessità di avvicinamento ai familiari per assistenza quotidiana

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Piacenza

Luogo

Data

il compilatore

il richiedente
(beneficiario della domanda)