

	Amministrazione destinataria Comune di Brembate  Ufficio destinatario Ufficio segreteria	
---	--	--

## Domanda di cambio alloggio

***Ai sensi dell'articolo 22 del Regolamento Regionale 04/08/2017, n. 4***

Il sottoscritto							
Cognome			Nome			Codice Fiscale	
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza
Residenza							
Provincia	Comune			Indirizzo		Civico	Barrato
							<input type="checkbox"/> SNC
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
in qualità di							
Ruolo							
<input type="radio"/>	di assegnatario di un alloggio						
<input type="radio"/>	amministratore di sostegno del seguente assegnatario di un alloggio						
Cognome			Nome			Codice Fiscale	
collocato in							
Provincia	Comune			Indirizzo		Civico	Barrato
							Piano
di proprietà							
Proprietario alloggio							
<input type="radio"/>	dell'ALER						
<input type="radio"/>	del Comune di						
<input type="radio"/>	di altro Comune della Provincia (specificare il Comune di Provenienza)						

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

### DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle condizioni indicate all'articolo 25 del Regolamento Regionale 04/08/2017, n. 4, che determinino la decadenza dell'assegnazione quindi di:

- aver superato la soglia economica massima per la permanenza nei servizi abitativi pubblici, corrispondente ad un valore ISEE di 30.000,00 €
- aver superato il triplo della soglia patrimoniale
- aver conseguito la titolarità del diritto di proprietà o di altro diritto reale di godimento su un alloggio ubicato nella stessa provincia di residenza o a una distanza inferiore a 70 km
- aver conseguito la titolarità del diritto di proprietà o di altro diritto reale di godimento su un alloggio adeguato alle esigenze del nucleo familiare
- aver violato le disposizioni concernenti l'ospitalità, il subentro, la coabitazione, la fusione e la mobilità
- non aver utilizzato l'alloggio assegnato per un periodo superiore a sei mesi continuativi, salvo che ciò sia stato motivatamente comunicato all'ente proprietario o gestore

- aver mutato la destinazione d'uso dell'alloggio o delle relative pertinenze
- aver usato o consentito a terzi di utilizzare l'alloggio, le sue pertinenze o le parti comuni per attività illecite che risultino da provvedimenti giudiziari, della pubblica sicurezza o della Polizia Locale
- non aver ottemperato agli obblighi di stipula del contratto di locazione
- aver ceduto a terzi, in tutto o in parte, l'alloggio assegnato o sue pertinenze
- aver sottoscritto il contratto di locazione per nuova assegnazione o cambio da almeno 12 mesi
- aver violato, di norma tre volte, alle disposizioni del regolamento dell'ente gestore concernenti l'uso dell'alloggio
- aver causato gravi danni all'alloggio, alle sue pertinenze o alle parti comuni dell'edificio
- non aver, a seguito della diffida dell'ente proprietario o gestore, prodotto la documentazione richiesta in sede di aggiornamento dell'anagrafe o averla reiteratamente prodotta in forma incompleta, non integrabile d'ufficio

**DICHIARA INOLTRE**

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | di essere in regola con il pagamento del canone/spese di locazione     |
| <input type="radio"/> | di non essere in regola con il pagamento del canone/spese di locazione |

**Quadro A) - Composizione del nucleo familiare interessato**

Il sottoscritto risiede nell'attuale alloggio dal

<input checked="" type="checkbox"/> <b>componente n. 1 - dichiarante</b>				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita
Rapporto di parentela o convivenza (*)			Tipo componente (**)	
Stato civile (***)		Situazione occupazionale (****)		
ATS		Invalidità		

<input type="checkbox"/> <b>componente n. 2</b>				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela o convivenza (*)			Tipo componente (**)	
Stato civile (***)		Situazione occupazionale (****)		
ATS		Invalidità		

<input type="checkbox"/> <b>componente n. 3</b>				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela o convivenza (*)			Tipo componente (**)	
Stato civile (***)		Situazione occupazionale (****)		
ATS		Invalidità		

<input type="checkbox"/> componente n. 4				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela o convivenza (*)			Tipo componente (**)	
Stato civile (***)		Situazione occupazionale (****)		
ATS		Invalidità		

<input type="checkbox"/> componente n. 5				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela o convivenza (*)			Tipo componente (**)	
Stato civile (***)		Situazione occupazionale (****)		
ATS		Invalidità		

<input type="checkbox"/> componente n. 6				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela o convivenza (*)			Tipo componente (**)	
Stato civile (***)		Situazione occupazionale (****)		
ATS		Invalidità		

<input type="checkbox"/> componente n. 7				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela o convivenza (*)			Tipo componente (**)	
Stato civile (***)		Situazione occupazionale (****)		
ATS		Invalidità		

<input type="checkbox"/> componente n. 8				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela o convivenza (*)			Tipo componente (**)	
Stato civile (***)		Situazione occupazionale (****)		
ATS		Invalidità		

<input type="checkbox"/> componente n. 9				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela o convivenza (*)			Tipo componente (**)	
Stato civile (***)		Situazione occupazionale (****)		
ATS		Invalidità		

<input type="checkbox"/> componente n. 10				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela o convivenza (*)			Tipo componente (**)	
Stato civile (***)		Situazione occupazionale (****)		
ATS		Invalidità		

*Rapporto di parentela o convivenza (\*)*:

Dichiarante, Coniuge, Figlio/Figlia, Fratello/Sorella, Genitore, Suocero/Suocera, Genero/Nuora, Altro parente o affine, Convivente

*Tipo componente (\*\*)*:

Dichiarante, Coniuge, figlio maggiorenne con reddito proprio, figlio minore o minore affidato, soggetto a carico ai fini IRPEF, Coniuge/figli non presenti nello stato di famiglia, responsabile del mantenimento del dichiarante, altra persona non presente nello stato di famiglia, altra persona presente nello stato di famiglia

*Stato civile (\*\*\*)*:

celibe/nubile, coniugato/coniugata, separato/separata, divorziato/divorziata, vedovo/vedova

*Situazione occupazionale (\*\*\*\*)*:

studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro

## CHIEDE

il cambio alloggio

<input type="checkbox"/> <b>preferibilmente con l'alloggio collocato in</b>								
<i>(da compilare nel caso di presentazione di domanda a seguito di emissione di bando)</i>								
Tipo (particella terreni o unità immobiliare urbana)		Codice catastale	Sezione	Foglio	Numero	Subalterno	Categoria	
Provincia		Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Piano
Codice alloggio				Data bando				

per le seguenti motivazioni

<input type="checkbox"/> <b>1) sovrappollamento dell'alloggi</b>					
<i>(in caso di presenza della condizione di sovrappollamento barrare la voce corrispondente alla propria situazione)</i>					
Superficie alloggio					
m <sup>2</sup>					
Numero persone	Superficie utile dell'alloggio				
	fino a 17 m <sup>2</sup>	fino a 34 m <sup>2</sup>	fino a 50 m <sup>2</sup>	fino a 67 m <sup>2</sup>	fino a 84 m <sup>2</sup>
una o due persone	<input type="radio"/>				
tre persone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
quattro o cinque persone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
sei persone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
sette o più persone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<input type="checkbox"/> <b>2) presenza nel nucleo familiare di uno o più componenti con handicap grave o una percentuale d'invaldit� pari o superiore al 66% o con un componente di et� superiore a 65 anni</b>				
<i>(in caso di presenza di componenti anziani e/o disabili barrare la voce corrispondente unitamente al numero di componenti il nucleo familiare interessati a tale condizione)</i>				
Numero componenti	Disabilit� al 100% o handicap grave con accompagnamento	Disabilit� al 100% o handicap grave	Disabilit� dal 66% al 99%	Anziani ultra 65enni
un componente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
due componenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tre o pi� componenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> <b>3) inidoneit� dell'alloggio</b>				
<i>(n caso di presenza della condizione di inidoneit� barrare la voce corrispondente)</i>				
Tipo inidoneit�	Barriere architettoniche	Condizioni di accessibilit�	Condizioni di antigienicit�	Privo di impianto di riscaldamento
parziale inidoneit� (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
totale inidoneit� (**)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Legenda:*

(\*) per parziale inidoneit  si intende:

- la presenza di barriere architettoniche o di condizioni di accessibilit  che comunque consentono all'interessato la fruizione e l'accesso all'alloggio
- condizioni di antigienicit  eliminabili con interventi di manutenzione ordinaria

(\*\*) per totale inidoneit  si intende:

- la presenza di barriere architettoniche o di condizioni di accessibilit  che impediscono all'interessato la completa fruizione dell'alloggio
- condizioni di antigienicit  non eliminabili con interventi di manutenzione ordinaria

<input type="checkbox"/> <b>4) gravi necessit� del richiedente o del relativo nucleo familiare</b>	
Descrizione della grave necessit�	

**5) necessità di avvicinamento al posto di lavoro**

Luogo di lavoro

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	

Mezzi di trasporto utilizzati

Tempi di percorrenza

**6) cambio consensuale con assegnatario di alloggio**

Cognome	Nome	Codice fiscale

Collocazione alloggio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	

Motivazione

**7) attività di manutenzione straordinaria, risanamento conservativo o ristrutturazione edilizia**

Descrizione

**8) per motivi legati alla sicurezza pubblica**

Descrizione

**9) per motivi legati al degrado ambientale**

Descrizione

**10) per motivi legati a esigenze di razionalizzazione ed economicità (passaggio ad alloggio con metratura inferiore)**

Descrizione

**Elenco degli allegati**

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

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia della certificazione attestante la percentuale di invalidità<br><i>(da allegare solo se nel nucleo familiare sono presenti componenti con invalidità)</i>  |
| <input type="checkbox"/> | documentazione attestante gravi necessità del richiedente o del relativo nucleo familiare<br><i>(da allegare solo se si richiede la mobilità per gravi necessità del richiedente o del relativo nucleo familiare)</i>  |
| <input type="checkbox"/> | copia della dichiarazione di antigenicità e inabitabilità rilasciata dall'ATS o altro referto tecnico rilasciato da enti pubblici<br><i>(da allegare facoltativamente solo in caso di richiesta di cambio alloggio a seguito di inidoneità dell'alloggio)</i>  |
| <input type="checkbox"/> | dichiarazione del datore di lavoro attestante il luogo ove si svolge l'attività lavorativa del richiedente e dichiarazione dell'interessato attestante quali mezzi pubblici di collegamento esistono tra il luogo di residenza e il luogo di lavoro (specificare, in caso di più mezzi di trasporto, quali mezzi e il tempo impiegato)<br><i>(da allegare solo in caso di richiesta di cambio alloggio a seguito di necessità di avvicinamento al posto di lavoro)</i> |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>   |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare)   |

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

Brembate		
Luogo	Data	Il dichiarante

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--