

AL COMUNE DI**GUBBIO**

Richiesta di mobilità negli alloggi di E.R.S. – bando 2020 approvato dall'Amministrazione
Comunale con Determinazione Dirigenziale, n.____, del _____

Legge Regionale 28 novembre 2003, n. 23, ss.mm.ii. art. 35
Regolamento Comunale n. 122/2016 – titolo III "Mobilità negli alloggi di E.R.S."

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI AMMINISTRATIVE (art. 75) **E PENALI** (art. 76) disciplinate dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, cui può andare incontro **in caso di dichiarazioni false o mendaci**, ed in tal senso ammonito, **ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso D.P.R. 445/2000**,

Il/la sottoscritto/a Cognome _____, Nome _____,

Nato/a Comune/Stato _____, prov. _____, il _____

(NB per il luogo di nascita i nati in Italia indichino Comune e Provincia, i nati all'estero indichino invece lo Stato di nascita ed "EE" come Provincia.)

sexso M F Residente nel Comune di _____, prov. _____

indirizzo _____, c.a.p. _____

Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

CHIEDE LA MOBILITA' DELL'ALLOGGIO OCCUPATO

Per le seguenti motivazioni: _____

E DICHIARA:

DICHIARO	
a	Di essere: <input type="checkbox"/> cittadino/a italiano/a <input type="checkbox"/> cittadino/a di un Paese dell'Unione Europea diverso dall'Italia <input type="checkbox"/> cittadino/a di un Paese non aderente all'Unione Europea e di essere in regola con le vigenti norme sull'immigrazione <i>(NB contrassegnare una sola casella)</i>
b	<input type="checkbox"/> di essere residente nel Comune di Gubbio; <input type="checkbox"/> di essere titolare di contratto di locazione con l'ATER, registrato in data _____, per l'alloggio di edilizia residenziale sociale pubblica sito a Gubbio Via _____ avente gli estremi catastali: f. _____ p. _____, sub. _____, cat. _____, di dimensione pari a _____ mq,

	c	<input type="checkbox"/> di essere in regola con i pagamenti del canone di locazione e degli oneri accessori; <input type="checkbox"/> di non avere avviate, a proprio carico, procedure per la decadenza dall'assegnazione;
--	----------	---

Che il sottoscritto:	
d	è di stato civile _____,
e	<input type="checkbox"/> ha una percentuale di invalidità pari al ____ ____ ____ % percepisce l'indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> <i>(N.B. Barrare solo in caso di invalidità ed in tal caso allegare il certificato della Commissione di Prima Istanza per l'accertamento degli stati di invalidità.)</i>
Che oltre al sottoscritto, il nucleo familiare richiedente è composto da:	
<i>(NB il nucleo richiedente è composto dalle persone che abitano nell'alloggio assegnato. Non possono essere presi in considerazione, al fine della definizione dello standard abitativo dell'alloggio, coloro che entrano a far parte del nucleo familiare richiedente in via provvisoria e non duratura, nonché gli occupanti non regolari degli alloggi) In caso di invalidità, <u>allegare il certificato della Commissione di Prima Istanza per l'accertamento degli stati di invalidità.</u> Per i nati in Italia indicare il Comune e la Provincia di nascita, per i nati all'estero indicare lo Stato ed "EE" come Provincia.)</i>	
1)	Cognome _____ Nome _____ Comune/Stato di nascita _____ Provincia _____ data di nascita ____/____/____ <i>Per i nati in Italia indicare il Comune e la Provincia di nascita, per i nati all'estero indicare lo Stato ed "EE" come Provincia.)</i> sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Comune di Residenza _____ Codice Fiscale ____ Stato civile _____ Parentela _____, percentuale di invalidità ____ ____ ____ ____ % indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> <i>In caso di invalidità, <u>allegare il certificato della Commissione di Prima Istanza per l'accertamento degli stati di invalidità.</u></i>
2)	Cognome _____ Nome _____ Comune/Stato di nascita _____ Provincia _____ data di nascita ____/____/____ <i>Per i nati in Italia indicare il Comune e la Provincia di nascita, per i nati all'estero indicare lo Stato ed "EE" come Provincia.)</i> sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Comune di Residenza _____ Codice Fiscale ____ Stato civile _____ Parentela _____, percentuale di invalidità ____ ____ ____ ____ % indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> <i>In caso di invalidità, <u>allegare il certificato della Commissione di Prima Istanza per l'accertamento degli stati di invalidità.</u></i>
3)	Cognome _____ Nome _____ Comune/Stato di nascita _____ Provincia _____ data di nascita ____/____/____ <i>Per i nati in Italia indicare il Comune e la Provincia di nascita, per i nati all'estero indicare lo Stato ed "EE" come Provincia.)</i> sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Comune di Residenza _____ Codice Fiscale ____ Stato civile _____ Parentela _____, percentuale di invalidità ____ ____ ____ ____ % indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> <i>In caso di invalidità, <u>allegare il certificato della Commissione di Prima Istanza per l'accertamento degli stati di invalidità.</u></i>

b	<p style="text-align: center;">SOPRAVVENUTE VARIAZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE CHE DETERMININO IL SOVRAFFOLLAMENTO O IL SOTTOUTILIZZO</p> <p>Sovraffollamento:</p> <p><input type="checkbox"/> n. 4 persone in più rispetto allo standard abitativo</p> <p><input type="checkbox"/> n. 3 persone in più rispetto allo standard abitativo</p> <p><input type="checkbox"/> n. 2 persone in più rispetto allo standard abitativo</p> <p><input type="checkbox"/> n. 1 persone in più rispetto allo standard abitativo</p> <p>Sottoutilizzo:</p> <p><input type="checkbox"/> n. 4 persone in meno rispetto allo standard abitativo</p> <p><input type="checkbox"/> n.3 persone in meno rispetto allo standard abitativo</p> <p><input type="checkbox"/> n. 2 persone in meno rispetto allo standard abitativo</p> <p><input type="checkbox"/> n. 1 persone in meno rispetto allo standard abitativo</p>
c	<p style="text-align: center;">NECESSITA' DI AVVICINAMENTO AL LUOGO DI LAVORO O DI CURA E DI ASSISTENZA</p> <p><input type="checkbox"/> Alloggio la cui ubicazione comporta particolare disagio nel raggiungere le strutture socio-sanitarie ovvero il posto di assistenza familiare o di terzi</p> <p><input type="checkbox"/> Distanza dell'alloggio dal luogo di lavoro di almeno 25 km.</p>

d	<p><input type="checkbox"/> Di aver ricevuto l'informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso il Comune di Gubbio in qualità di titolare e responsabile del trattamento. Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre il diritto di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.</p> <p style="text-align: right;">Firma</p> <p style="text-align: right;">_____</p>
---	--

N.B: Ai fini dell'accoglimento della domanda è necessario che l'occupazione dell'alloggio sia avvenuta da almeno due anni dalla data della domanda.

Si allega:

- 1) Documento di identità in corso di validità,
- 2) _____
- 3) _____

_____ li ___/___/_____

Firma
