

AL COMUNE DI ANZOLA DELL'EMILIA
Area Servizi alla Persona
Ufficio Casa
PEC:comune.anzoladellemilia@cert.provincia.bo.it

DOMANDA DI MOBILITA' INTERCOMUNALE ERP

(Ai sensi della L.R. n. 24/2001 modificata con L.R. n. 24 del 13.12.2013 e dei criteri approvati dal Tavolo di concertazione con i Comuni della Provincia di Bologna, per l'attivazione della procedura di mobilità intercomunale degli assegnatari, ai sensi dell'art..5, comma 3, lett. c), della succitata legge regionale).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(A norma del DPR 445/2000)

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o
a _____ Prov _____ il _____ tel/cell _____
Cod. fiscale _____ e-mail _____

in qualità di assegnatario/a di un alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica sito nel Comune di Anzola dell'Emilia in via _____ n. _____ cap _____ presso il quale risiede, ai sensi della legislazione in materia (Legge Regionale n. 24 del 08.08.2001) e tenuto conto dei criteri approvati dal Tavolo di Concertazione con i Comuni della Provincia di Bologna per l'attivazione della procedura di mobilità intercomunale degli assegnatari, ai sensi dell'art. 5, comma 3, lett. c), L.R. n. 24/2001 e sm.i.

CHIEDE

il cambio dell'alloggio nel Comune di _____ per la seguente motivazione:

- avvicinamento a luoghi di cura;
- avvicinamento ai propri familiari per necessità di assistenza.

DICHIARA

- di occupare l'alloggio assegnatogli/le da almeno **due anni**, ossia dal _____;
- di non aver ottenuto un'assegnazione a tempo determinato;
- di essere attualmente in possesso dei requisiti per l'assegnazione di alloggio ERP e di non superare i limiti di reddito previsti dalla normativa vigente;
- di essere in regola con il pagamento dei canoni e delle spese accessorie, con l'adempimento di tutti gli altri obblighi contrattuali e di non essere incorso in causa di decadenza dall'assegnazione anche se non ancora dichiarata;
- che la composizione del proprio nucleo familiare è la seguente:

Cognome	Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	Attività lavorativa

Totale componenti n. _____

(L'assegnatario è tenuto a segnalare le variazioni della composizione del nucleo familiare come conosciuta dall'Ente gestore)

Di trovarsi nelle seguenti condizioni soggettive:
(barrare con una X quelle che interessano)

Condizioni di salute e invalidità del richiedente superiore ai 2/3:

- invalidità pari al 100% o certificazione di cui alla L.104/92, art.3 c.3
- invalidità tra il 75% e il 99% o certificazione di cui alla L. 104/92 art.3, c.1
- invalidità compresa tra il 66% e il 74%
- grave patologia accertata dalla struttura pubblica con dichiarazione sull'inidoneità dell'alloggio abitato, in assenza di altra certificazione di invalidità

Età del richiedente

- se anziano oltre 75 anni
- se anziano oltre 65 anni

Ulteriori condizioni del nucleo:

- presenza nel nucleo familiare di almeno un minorenni

Familiari di supporto quotidiano:

- assenza di altri familiari residenti nel Comune di Anzola dell'Emilia

In caso di presenza nel nucleo richiedente di più componenti con disabilità il punteggio viene attribuito come segue:

- 1) primo componente: punteggio pieno corrispondente alla propria condizione
- 2) secondo componente e successivi: punteggio di pertinenza ridotto di due punti.

Non sono cumulabili condizioni di punteggio relative allo stesso componente del nucleo familiare.

Nel caso di pluralità di domande aventi lo stesso punteggio, il Comune individua, quale criterio di priorità, la data di presentazione delle medesime.

Preferenze rispetto all'alloggio richiesto

L'alloggio può essere ubicato:

- a qualsiasi piano
- non oltre il piano rialzato
- non oltre il 1° piano
- non oltre il 2° piano
- necessita di ascensore

SI IMPEGNA

fin d'ora, in caso di concessione del cambio:

- a produrre tutta la documentazione e a fornire tutte le informazioni che l'Ufficio riterrà necessario acquisire;
- a lasciare l'alloggio attualmente occupato nella piena disponibilità dell'Ente, libero e vuoto da persone e cose entro gg. 30 dalla consegna dell'alloggio dato in cambio.

Il sottoscritto chiede che tutte le comunicazioni che lo riguardano, relative alla presente richiesta, siano effettuate.

- all'indirizzo dell'alloggio di cui è titolare, come specificato
- al seguente indirizzo:_____.

DICHIARA INFINE:

- di essere consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico del 28/12/2000 n° 445 riguardo alle dichiarazioni false o mendaci e di essere a conoscenza che, qualora dal controllo delle dichiarazioni rese, emerga la non veridicità, ne conseguirà la decadenza dai benefici eventualmente acquisiti, ai sensi dell'art. 75 dello stesso T.U.
- di essere informato, ai sensi del D. Lgs n. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di tutela della riservatezza delle persone.

Documenti allegati alla domanda:

- Certificato d'invalidità (*per punteggio **invalidità***)
- Certificazione medica rilasciata da struttura pubblica con espressa indicazione se trattasi di patologia grave (*per punteggio **condizioni di salute***)
- Altro (*specificare*)_____

(data)

(firma)