Protocollo comunale

Marca da Bollo

## Legge Regionale 28 novembre 2003, n. 23, art. 30 e ss.mm.ii. MOBILITA' NEGLI ALLOGGI DI EDILIZIA RESIDENZIALE SOCIALE PUBBLICA.

Domanda di mobilità negli alloggi di E.R.S. – Bando anno 2024 approvato dall'Amministrazione Comunale con Determinazione n. 887 del 02/10/2024

AL COMUNE DI MARSCIANO Ufficio Protocollo

PEC:

comune.marsciano@postacert.umbria.it

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,

II/la sottoscritto/a			
( <b>NB:</b> per il luogo di nascita i nati in Italia indichino Comune e come Provincia.)	e Provincia, i nati all'es	tero indichino inve	ece lo Stato di nascita ed "EE"
Cognome	, Nome		
Nato/a Comune/Stato		, prov	, il
sesso M F Residente nel Comune di			, prov
indirizzo			<u>,</u> c.a.p
Codice fiscale I			
UBICATO IN VIA		, N	N
Per le seguenti motivazioni: (N.B. Barrare la motivazioni	zione che ricorre)		
, ,	,		
☐ Inidoneità dell'alloggio occupato a garantire n riferimento alla presenza nel nucleo familiare di			
☐ Sopravvenute variazioni del nucleo familiare or rispetto allo standard abitativo di cui all'art. 7 de			il sovraffollamento,
□ Necessità di avvicinamento al luogo di lavoro	o di cura e di ass	sistenza	

## **E A TAL FINE DICHIARA:**

_		Di essere, alla data di pubblicazione del presente bando: (Barrare i requisiti che ricorrono)					
SEZIONE		residente nel Comune di Marsciano;					
		assegnatario di alloggio di ERS pubblica;					
S		in regola con i pagamenti dei canoni di locazione e degli oneri accessori.					
Che	il/la	a sottoscritto/a:					
	а	è di stato civile;					
SEZIONE 2	b	ha una percentuale di invalidità pari al     % percepisce l'indennità di accompagnamento					
		(NB: Barrare solo in caso di invalidità e allegare il certificato della Commissione di Prima Istanza per l'accertamento degli stati di invalidità.)					
	С	ha un <b>ISEE 2024</b> relativo al nucleo familiare anagrafico pari a €   _ _ ,00					
Che	oltı	re al/alla sottoscritto/a, il nucleo familiare è composto da:					
(NB		aso di invalidità, allegare il certificato della Commissione di Prima Istanza per l'accertamento degli stati di invalidità e l'eventuale					
	ultei indid	riore certificazione di stato di gravità per i minori. Per i nati in Italia indicare il Comune e la Provincia di nascita, per i nati all'estero care lo Stato ed "EE" come Provincia.)					
	1)	Cognome Nome					
	'	Comune/Stato di nascita Provincia data di nascita//					
		sesso M F Comune di Residenza					
		Codice Fiscale   _   _   _   _   _   _   Stato civile					
		Parentela, percentuale di invalidità    %					
		indennità di accompagnamento o certificazione di gravità					
		a carico del richiedente					
	2)	Cognome					
က		Comune/Stato di nascita Provincia data di nascita//					
뽕		sesso M F Comune di Residenza					
SEZIONE		Codice Fiscale       Stato civile					
S		Parentela, percentuale di invalidità       %					
		indennità di accompagnamento o certificazione di gravità  a carico del richiedente					
	3)	Cognome Nome					
		Comune/Stato di nascita Provincia data di nascita//					
		sesso M F Comune di Residenza					
		Codice Fiscale					
		Parentela, percentuale di invalidità   _ % indennità di accompagnamento o certificazione di gravità					
		a carico del richiedente					

	4)	Cognome         Nome				
		Comune/Stato di nascita Provincia data di nascita//				
		sesso M F Comune di Residenza				
		Codice Fiscale       Stato civile				
		Parentela, percentuale di invalidità    %				
		indennità di accompagnamento o certificazione di gravità a carico del richiedente				
	_					
	5)					
		Comune/Stato di nascita Provincia data di nascita//				
		sesso M F Comune di Residenza				
		Codice Fiscale				
		Parentela, percentuale di invalidità   _ % indennità di accompagnamento o certificazione di gravità				
		a carico del richiedente				
	6)	Cognome Nome				
		Comune/Stato di nascita Provincia data di nascita//				
		sesso M F Comune di Residenza				
		Codice Fiscale           Stato civile				
		Parentela, percentuale di invalidità    %				
		indennità di accompagnamento o certificazione di gravità  a carico del richiedente				
		a canco del richiedente				
		IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA, INOLTRE: (N.B. Barrare le condizioni che ricorrono)				
aı fır	II de	ella collocazione in graduatoria di essere in possesso delle seguenti condizioni di punteggio:				
(NB:	l re	quisiti sotto elencati devono essere posseduti dal nucleo familiare, alla data di pubblicazione del bando di concorso, ché al momento dell'assegnazione e devono permanere in costanza di rapporto.)				
nonone al momento dell'assegnazione e devono permanere in costanza di rapporto.)						
	1)	sopravvenute variazioni del nucleo familiare che determinano il sottoutilizzo o il				
	-	sovraffollamento dell'alloggio:				
		Sovraffollamento:				
		☐ n° 4 persone in più rispetto allo standard abitativo				
_		☐ n° 3 persone in più rispetto allo standard abitativo				
ÄE 4		☐ n° 2 persone in più rispetto allo standard abitativo				
SEZIONE		☐ n° 1 persona in più rispetto allo standard abitativo				
SE		Sottoutilizzo:				
		☐ n° 4 persone in meno rispetto allo standard abitativo				
		☐ n° 3 persone in meno rispetto allo standard abitativo				
		☐ n° 2 persone in meno rispetto allo standard abitativo				
		☐ n° 1 persone in meno rispetto allo standard abitativo				

	2) inidoneita dell'alloggio occupato a garantire normali condizioni di vita o di salute con particolare riferimento alla presenza nel nucleo familiare di componenti portatori di
	handicap e di anziani:
	□ disabili con invalidità riconosciuta pari al 100 % o persone ultranovantenni
	□ disabili con invalidità riconosciuta superiore al 67% e inferiore al 100%
	□ anziani con età compresa tra anni 76 e anni 89
	□ anziani con età compresa tra anni 65 e anni 75
	☐ situazione configurante stato di particolare disagio, rappresentato da apposita relazione dei Servizi Territoriali e Specialistici competenti del Comune e dell'A.S.L., tale da rendere l'alloggio inidoneo al nucleo familiare.
;	3) necessità di avvicinamento al luogo di lavoro o di cura e di assistenza:
	☐ distanza dell'alloggio dal luogo di lavoro di almeno 15 km
	☐ alloggio la cui ubicazione comporta particolare disagio nel raggiungere le
	strutture sociosanitarie o il luogo di assistenza familiare.
Sig	ventuali variazioni vanno tempestivamente segnalate al Comune. Gli Enti non si assumono responsabilità per gli eventuali disguidi erivanti dalla mancata segnalazione.)
	zo: n
	à prov Telefono: abitazione cellulare
	/PEC:
eı	a domanda deve essere regolarizzata ai fini dell'imposta di bollo apponendo una marca nell'apposito spazio sul frontespizio. Gli ventuali ulteriori allegati vanno elencati nelle righe seguenti).
Fotoc	opia di un documento di identità in corso di validità
Mode	llo comunale dell'informativa sul trattamento dei dati personali con firma di accettazione
ISEE 2	2024
	Firma
	<del></del>