

**SPETT. A.T.E.R./COMUNE**

---

**OGGETTO: domanda per la mobilita' e cambio alloggio**

(Legge Regionale 25/10/1996 n°96 art.17 e seguenti).

Il/la sottoscritto assegnatario/a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

fabbricato \_\_\_\_\_ utenza \_\_\_\_\_ di mq. \_\_\_\_\_

vani utili n° \_\_\_\_\_ (esclusi cucina e bagno)

**C H I E D E**

Il cambio dell'alloggio assegnatogli per la seguente motivazione (barrare con croce le caselle interessate)

Presenza nel nucleo familiare di portatori di handicap o di persone affette da gravi disturbi prevalentemente di natura motoria dichiarati non autosufficienti dalle competenti autorità sanitarie o persone con età superiore agli anni 65	<input type="checkbox"/>
Variazione del nucleo familiare che dia luogo a sovraffollamento dell'alloggio	<input type="checkbox"/>
Variazione del nucleo familiare che dia luogo a sottoutilizzo dell'alloggio	<input type="checkbox"/>
Necessità di avvicinamento al posto di lavoro ubicato a _____	<input type="checkbox"/>
Nucleo familiare con uno o più componenti disabili e/o anziani con necessità di avvicinarsi al luogo di cura e/o assistenza ubicato a _____	<input type="checkbox"/>
Gravi e documentate necessità del richiedente o componenti il nucleo familiare	<input type="checkbox"/>

A tal fine, consapevole che in caso di false dichiarazioni, ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, l'ATER / Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione, come previsto dall'art.75 D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47

**DICHIARA**

- di essere in possesso dei requisiti per la permanenza in alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica previsti dall'art. 2 della vigente Legge Regionale 25-10-1996 n.96

CHE IL MIO NUCLEO FAMILIARE (DA ALMENO DUE ANNI) E' IL SEGUENTE:

<i>Cognome e nome</i>	<i>Luogo e data di nascita</i>	<i>Codice Fiscale</i>	<i>Gradi di parentela</i>

DI AVER PERCEPITO NELL'ANNO D'IMPOSTA 2014 IL SEGUENTE REDDITO:

<i>Cognome e nome</i>	<i>Reddito da lavoro dipendente</i>	<i>Reddito da lavoro autonomo</i>	<i>Reddito da pensione</i>	<i>Reddito mobilità-cassa int ecc</i>	<i>Invalidità 100% (SI o NO)</i>

- che nei propri confronti non sono stati intrapresi procedimenti di cui agli articoli 33, 34 e 35 della L.R.96/96 (annullamento, decadenza dall'assegnazione)
- di non aver effettuato altro cambio nei cinque anni antecedenti la presente domanda e di risiedere nell'attuale abitazione dall'anno \_\_\_\_\_
- che il nucleo occupante l'abitazione è composto da \_\_\_\_\_ persone di cui:

n° \_\_\_\_\_ componenti con invalidità al 100%

n° \_\_\_\_\_ componenti con età superiore a 65 anni

- insussistenza di morosità (comunque inferiore ad una mensilità di canone)

A tal fine allega la seguente documentazione comprovante le suddette dichiarazioni:

- certificazione invalidità / handicap
- attestazione comprovante ubicazione del luogo di cura e/o assistenza
- attestazione comprovante ubicazione del luogo di lavoro

Il/la sottoscritto/a autorizza, ai sensi delle leggi vigenti, il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza ai soli fini della stesura delle graduatorie relative al presente bando, nel rispetto del D. Lgs. 196/2003.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

Tel. \_\_\_\_\_

-----  
Si attesta che la presente istanza è stata sottoscritta alla presenza del dipendente addetto.

Il Dipendente

**NOTA BENE:** La presente domanda deve essere firmata alla presenza del dipendente addetto oppure inoltrata unitamente a copia fotostatica di un documento d'identità valido del sottoscrittore (art.38 D.P.R.445/2000).

Data \_\_\_\_\_