

All'Asp Circondario Imolese
U. O Assistenza
V.le D'Agostino 2/a
40026 IMOLA (BO)

Riservato all'Ufficio:

Prot. n. _____

del _____

BOLLO €14,62

DOMANDA DI CAMBIO ALLOGGIO E.R.P.

(L.R. n.24/2001 ART. 28)

Il sottoscritt.... _____ nat..... a _____ Prov. _____ il
_____ tel.fisso n° _____ / cellulare n° _____ eventuale altro
recapito _____

in qualità di :

assegnatario

componente del nucleo familiare del sig. _____ (ex assegnatario), che ha richiesto di subentrare
nella titolarità del contratto (*il richiedente che non sia ancora assegnatario deve indicare il nome del precedente assegnatario
dell'alloggio*)

attualmente residente nell'alloggio sito nel COMUNE DI BORGO TOSSIGNANO in via
_____ N° _____

a conoscenza della vigente normativa in materia (legge regionale 24/2001 e successive modificazioni e integrazioni)

CHIEDE

Il cambio dall'alloggio attualmente occupato, inadeguato alle esigenze del nucleo familiare per i motivi sotto indicati, con
altro alloggio

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti per la permanenza nell'alloggio** (e cioè di conservare i requisiti per
l'assegnazione). Il possesso dei requisiti sarà accertato d'ufficio.
- di essere in regola con il pagamento dei canoni e delle spese accessorie e con l'adempimento di tutti gli altri
obblighi contrattuali;**
- di occupare l'alloggio assegnato da almeno 2 anni**
- che la composizione del nucleo familiare è la seguente**

(l'assegnatario è tenuto a segnalare le variazioni nella composizione del proprio nucleo familiare)

N°	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Codice fiscale
1	Richiedente	Richiedente	///	///	///
2					
3					
4					
5					
6					
7					

CHIEDE IL CAMBIO

in quanto l'alloggio attuale è ritenuto **non idoneo** a garantire normali condizioni di vita e di salute, in relazione alle condizioni personali dei suoi occupanti, per il seguente motivo:

- adeguatezza dell'alloggio
- accessibilità dell'alloggio (barriere architettoniche, assenza di ascensore ecc.)
- condizioni climatiche e ambientali (assenza di riscaldamento, umidità)
- ubicazione dell'alloggio rispetto a strutture assistenziali o familiari di supporto
- avvicinamento al luogo di lavoro
- altro (specificare) _____

INDICA

le condizioni di disagio ritenute prevalenti barrando le relative caselle, tenendo presente che:

i punteggi delle condizioni A-B-C- sono cumulabili fra loro;

all'interno della condizione A i punteggi sono cumulabili tra loro tranne nella condizione A.1 e A.2;

all'interno della condizione C i punteggi non sono cumulabili tra loro anche se relativi a diversi componenti il nucleo.

A) DISAGIO ABITATIVO

	PUNTEGGIO		
	Istruttoria	Definitivo	Verifica
<input type="checkbox"/> A.1) Presenza nel nucleo di componenti con gravi problemi di salute e/o di autonomia/autosufficienza in alloggio distante dai familiari di supporto per l'assistenza quotidiana o delle strutture mediche per esigenze di cura, attestato dalle strutture sanitarie -- A.1.1 residente nella città P. 2 -- A.1.2 residente nelle frazioni P. 4			
<input type="checkbox"/> A.2) Assegnatario residente in un alloggio la cui distanza dal posto di lavoro è tale da influire negativamente sulle condizioni di vita per l'insufficienza di collegamenti pubblici rispetto alle esigenze lavorative motivate da datore di lavoro P. 2			
<input type="checkbox"/> A.3) Assegnatario che risulti in sovraffollamento rispetto allo standard fissato dal regolamento approvato con delibera del Consiglio comunale n. 20 del 10.03.2011 -- A.3.1. da 1 a 2 persone in più dal..... P. 3 -- A.3.2. da 3 persone, ed oltre, in più dal P. 5 <i>tale condizione deve sussistere da almeno 2 anni dalla data di assegnazione o dalla precedente mobilità. Nel caso di nascita o di adozione di un bambino/a non si applica la norma dei due anni.</i>			
<input type="checkbox"/> A.4) Assegnatario residente in alloggio che, per la disposizione degli spazi in relazione alla composizione del nucleo, è tale da influire negativamente sulla qualità di vita del nucleo stesso in quanto P.3			

B) DISAGIO ECONOMICO

	PUNTEGGIO		
	Istruttoria	Definitivo	Verifica
<input type="checkbox"/> B.1) Assegnatario le cui spese accessorie risultino superiori o equivalenti al canone di locazione. Tale condizione deve essere relazionata dai Servizi Socio Sanitari in relazione alle condizioni economico sociali del nucleo assegnatario P. 3			

C) CONDIZIONI RELATIVE ALLA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO

	PUNTEGGIO		
	Istruttoria	Definitivo	Verifica
C.1 Condizioni di salute ○ C.1.1 invalidità superiore al 50% di un componente il nucleo, certificata dall'autorità competente. P. da 4,5 a 9 ○ C.1.2 gravi problemi di salute di un componente il nucleo, con drastica riduzione della capacità di deambulazione, che richiede l'utilizzo di ausili per la mobilità, certificati dall'autorità competente P. 10 P. 10 ○ C.1.3 gravi patologie croniche in alloggio inidoneo, anche in relazione all'età dell'assegnatario, debitamente documentata da..... P. 10 P. 10 ○ C.1.4 presenza di minore di anni 18 con disabilità, riconosciuta o accertata dall'autorità competente P. 8			
C.2. nucleo familiare composto esclusivamente da una o più persone che abbiano superato i 65 anni e che non svolgano alcuna attività lavorativa. ○ C.2.1 anziani oltre 65 anni P. 5 ○ C.2.2 anziani oltre i 75 anni P. 7			

ESPRIME LE SEGUENTI PREFERENZE RISPETTO ALL' UBICAZIONE dell' ALLOGGIO oggetto del cambio, tenendo presente che: barrando la casella a) il richiedente verrà contattato per tutti gli alloggi disponibili; indicando le preferenze al punto b) o c) sarà contattato solo se risulteranno disponibili alloggi nelle zone indicate.

- a) in qualunque zona
- b) nella zona in cui attualmente abita attualmente : zona _____
- c) preferibilmente _____

Le indicazioni di zona eventualmente fatte dal richiedente saranno ritenute vincolanti e l'interessato sarà contattato solo se risulteranno disponibili alloggi nelle zone indicate. Barrando la casella a) il richiedente verrà contattato per tutti gli alloggi disponibili.

CHIEDE che l'alloggio sia posizionato:

- a qualsiasi piano
- non oltre il piano rialzato numero massimo di gradini _____
- non oltre il 1° piano numero massimo di gradini _____
- non oltre il 2° piano numero massimo di gradini _____
- necessita di ascensore numero massimo di gradini _____

.....

In caso di concessione del cambio SI IMPEGNA:

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

SOTTOLINEA che:

.....

DICHIARA infine:

- di essere a conoscenza che, secondo la normativa vigente possono essere eseguiti controlli su quanto dichiarato al fine di accertare la veridicità delle informazioni fornite. Qualora dal controllo delle dichiarazioni rese ne emerga la non veridicità, ne conseguirà la decadenza dai benefici eventualmente acquisiti.

- di essere a conoscenza di quanto indicato nel Testo Unico DPR 445/2000 articolo 71 in materia di controlli
- di essere a conoscenza della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e di essere consapevole che:
 - il conferimento dei dati contenuti nella presente domanda non è facoltativo ma necessario per l'accesso alla graduatoria per la mobilità nell'ambito degli alloggi Erp del Comune di Borgo Tossignano;
 - il trattamento dei dati personali inseriti nella presente domanda è finalizzato alla sola gestione del relativo procedimento amministrativo;
 - il titolare del trattamento è il Comune di Borgo Tossignano e il responsabile del trattamento è il Direttore dell'ASP Circondario Imolese;
 - il responsabile delle protezione dei dati è stato individuato da Asp nella società Lepida SpA (dpo-team@lepida.it);
 - i dati sono trattati da personale interno dell'Asp e del Comune previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento e in caso di assegnazione saranno comunicati per quanto di competenza all'Acer, cui il Comune ha assegnato la gestione degli alloggi Erp;
 - può esercitare i diritti di accesso ai dati personali che lo riguardano ai sensi della normativa vigente (rettifica, aggiornamento e cancellazione dei dati se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge) rivolgendosi al responsabile del trattamento;

ALLEGA alla domanda:

- certificazione medica di cui al punto A.1
- dichiarazione del datore di lavoro di cui al punto A.2.
- documentazione di cui al punto B.1
- certificazione medica di cui al punto C.1.1
- certificazione medica di cui al punto C.1.2
- certificazione medica di cui al punto C.1.3
- certificazione medica di cui al punto C.1.4

Borgo Tossignano,.....

Firma del richiedente

.....

RISERVATO ALL'UFFICIO

La suddetta dichiarazione è stata sottoscritta in presenza del funzionario incaricato

.....

La suddetta dichiarazione è stata inoltrata a mezzo, allegando copia fotostatica di documento d'identità

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario addetto ovvero l'istanza sia inoltrata unitamente a copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore (DPR 445/2000).

Borgo Tossignano,

.....

(firma, timbro dell' ufficio)