

## COABITAZIONE

### FINALIZZATA ALL'ASSISTENZA CONTINUATIVA A FAVORE DI UN COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE

Art.19 del regolamento regionale n.4 del 04 agosto 2017 e s.m.i.  
(Il modulo deve essere compilato dall'assegnatario/a)

**Spett.le**  
**ALER Brescia-Cremona-Mantova**  
**Ufficio Contratti**  
**Sede di Brescia**  
**Viale Europa, 68**  
**25133 - Brescia**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ assegnatario/a dell'alloggio sito in Comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, a conoscenza di quanto disposto dal Regolamento Regionale n. 4 del 04 agosto 2017

#### **c o m u n i c a**

unitamente agli altri componenti maggiorenni della famiglia assegnataria, i quali agiscono nell'interesse proprio ed a nome dei familiari minorenni sui quali esercitano la patria potestà, di ospitare temporaneamente nell'alloggio assegnato:

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. n° \_\_\_\_\_ residente in Comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, **consapevole delle responsabilità penali** cui potrebbe andare incontro in caso di dichiarazioni false e contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 del d.p.r. 28 dicembre 2000 n°445, e consapevole altresì che decadrà immediatamente dai benefici eventualmente prodotti dai provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere,

#### **dichiara**

- che la coabitazione sopra comunicata è necessaria per assistere il sottoscritto ovvero il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ componente del nucleo familiare, a seguito di:

◇ disabilità pari o superiore al 66 per cento accertata da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

◇ grave handicap o patologia gravemente invalidante accertata da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

#### **inoltre dichiara**

- che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ è parente fino al secondo grado o affine fino al primo grado dell'assegnatario o di un componente del nucleo familiare in qualità di \_\_\_\_\_;

#### **ovvero**

- che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ non ha alcun vincolo di parentela con l'assegnatario o con un componente del nucleo familiare ma presta regolare attività lavorativa di assistenza a componenti del medesimo nucleo familiare con contratto di lavoro a decorrere dal \_\_\_\_\_.

- ◇ \* che l'ospite non ha trasferito e non intende trasferire la residenza anagrafica nell'alloggio
  - ◇ \* che l'ospite ha trasferito la residenza nell'alloggio in data \_\_\_\_\_ ovvero intende trasferire la residenza anagrafica nell'alloggio.
- \* **Barrare la casella interessata**

### **È consapevole che**

L'ospite potrà trasferire o mantenere la residenza anagrafica nell'alloggio;

**La coabitazione non comporta inserimento ad alcun titolo nel nucleo familiare assegnatario e, pertanto, non produce effetti ai fini del subentro, del cambio alloggio.**

Il venir meno della necessità di assistenza comporta la cessazione della coabitazione.

Il Richiedente

Altri componenti il nucleo familiare

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Dichiariamo di aver preso visione, ed averne capito il contenuto, della Informativa privacy al seguente indirizzo [https://www.alerbcm.it/wp-content/uploads/2024/05/PRIVACY-utenza-informativa-consenso\\_mar23.pdf](https://www.alerbcm.it/wp-content/uploads/2024/05/PRIVACY-utenza-informativa-consenso_mar23.pdf)

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

(firma dell'assegnatario)

\_\_\_\_\_

(firma dell'ospite)

All.: fotocopia di un documento di identità dei sottoscrittori in corso di validità