

COABITAZIONE

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

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

Spett.le

**ALER di Brescia-Cremona-Mantova
U.O.G. Cremona - Ufficio Contratti
Via Manini, 12
26100 Cremona**

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ cittadinanza _____ codice fiscale _____
telefono _____ mail _____
cod. inquilino _____ cod. U.I _____ cod. contratto _____
assegnatario/a dell'alloggio sito nel Comune di _____
via _____ n° _____ costituito da n° _____ vani abitabili,
a conoscenza di quanto disposto dal R.R. n. 4 del 4 agosto 2017 e s.m.i.

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:

- 1) il/la sig./sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
residente nel Comune di _____ Via _____ n° _____
Cod. Fisc. n° _____

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del DPR 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 DPR 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 solo se non si ingenera una situazione di sovraffollamento;

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

Cremona, li _____

Dichiaro 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

Luogo e data

Firma
