

## 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 \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
cod. inquilino \_\_\_\_\_ cod. U.I \_\_\_\_\_ cod. contratto \_\_\_\_\_  
assegnatario/a dell'alloggio ALER o gestito da ALER sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, 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:

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. n° \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ 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 la residenza anagrafica nell'alloggio o mantenere la residenza attuale;

**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](https://www.alerbcm.it/wp-content/uploads/2024/05/PRIVACY-utenza-informativa-consenso_mar23.pdf)

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(assegnatario)

\_\_\_\_\_

(ospite)

**Allegare copia del documento di identità in corso di validità dei sottoscrittori**