

OSPITALITÀ

Art. 17 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.

consapevole

- che l'ospitalità è ammessa per un periodo massimo di sei mesi per persone non facenti parte del nucleo familiare assegnatario o per un periodo massimo di dodici mesi per gli ascendenti e discendenti di primo grado;
- che l'ospitalità non comporta inserimento, ad alcun titolo, della/e persona/e ospitata/e nel nucleo familiare assegnatario e, pertanto, non produce effetti ai fini del cambio alloggio e della determinazione della situazione economica del nucleo medesimo;
- che l'ospitalità potrà essere prorogata una sola volta e per un periodo di sei mesi, a fronte di comprovate necessità;
- l'ospitalità non deve determinare sovraffollamento ai sensi dell'allegato 1 del R.R. 4/2017; 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 a 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,

chiede

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 nell'alloggio assegnato:

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

Cremona, li _____

Il Richiedente

Altri componenti il nucleo familiare

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