

	<p style="text-align: center;">Amministrazione destinataria Comune di Cassano d'Adda</p> <p style="text-align: center;">Ufficio destinatario Ufficio Servizi Sociali</p>	
---	--	--

Comunicazione di coabitazione per assistenza

Ai sensi dell'articolo 19 del Regolamento Regionale 04/08/2017, n. 4

Il sottoscritto						
Cognome		Nome			Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza	
Residenza						
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
assegnatario di un alloggio collocato in						
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	Barrato	Piano

COMUNICA

la coabitazione con

il signor/la signora						
Cognome		Nome			Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza	
Residenza						
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	CAP
Data dalla quale è iniziata la coabitazione						

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che la persona della quale si comunica la coabitazione

<input type="checkbox"/>	effettua regolare attività lavorativa di assistenza a componenti del nucleo familiare
<input type="checkbox"/>	è legata a vincoli di parentela fino al secondo grado o di affinità fino al primo grado, e chiede la coabitazione per
<input type="radio"/>	assistenza all'assegnatario o ad un componente del nucleo familiare con invalidità pari o superiore al 66%
<input type="radio"/>	assistenza all'assegnatario o ad un componente del nucleo familiare avente grave handicap o patologia gravemente invalidante

DICHIARA INOLTRE

- di essere consapevole che l'ospitalità non produce effetti amministrativi ai fini del subentro e del cambio alloggio
- di essere consapevole che in caso di accertamento di violazione di legge sull'ampliamento, l'ente proprietario diffida l'assegnatario al ripristino entro 30 giorni dalla notifica della diffida pena la decadenza dell'assegnazione

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	copia della documentazione e certificazioni attestanti tipo e grado di invalidità <i>(da allegare solo se in caso di assistenza all'assegnatario o ad un componente del nucleo familiare con invalidità pari o superiore al 66%)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del permesso di soggiorno del dichiarante e del soggetto ospitato <i>(da allegare se il dichiarante o il soggetto ospitato sono cittadini extracomunitari)</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del documento d'identità del soggetto ospitato
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità del dichiarante <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.
--------------------------	---

Cassano d'Adda		
Luogo	Data	Il dichiarante