

All'Asp Circondario Imolese  
U. O Assistenza  
V.le D'Agostino 2/a  
40026 IMOLA (BO)

Riservato all'Ufficio:

Prot. n. \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_

### **DOMANDA DI CAMBIO ALLOGGIO E.R.P.**

(La presente domanda annulla tutte le precedenti presentate al Comune)

Il sottoscritto.... \_\_\_\_\_ nat..... a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ tel.fisso n° \_\_\_\_\_ / cellulare n° \_\_\_\_\_ eventuale altro  
recapito \_\_\_\_\_

in qualità di :

**assegnatario**

**componente del nucleo familiare** del sig. \_\_\_\_\_ (ex assegnatario), che ha richiesto di subentrare nella titolarità del contratto ( *il richiedente che non sia ancora assegnatario deve indicare il nome del precedente assegnatario dell'alloggio*)

**attualmente residente nell'alloggio di edilizia residenziale pubblica sito nel COMUNE DI CASALFIUMANESE in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_**

a conoscenza della vigente normativa in materia (legge regionale 24/2001 e successive modificazioni e integrazioni), Regolamento di Mobilità nell'edilizia Residenziale Pubblica

#### **CHIEDE**

**- Il cambio dall'alloggio attualmente occupato, inadeguato alle esigenze del nucleo familiare per i motivi sotto indicati, con altro alloggio**

#### **DICHIARA**

- di essere in possesso dei requisiti per la permanenza nell'alloggio** (e cioè di conservare i requisiti per l'assegnazione). Il possesso dei requisiti sarà accertato d'ufficio.
- di essere in regola con il pagamento dei canoni e delle spese accessorie e con l'adempimento di tutti gli altri obblighi contrattuali;**
- di occupare l'alloggio assegnato da almeno 2 anni**
- che la composizione del nucleo familiare è la seguente**

*(l'assegnatario è tenuto a segnalare le variazioni nella composizione del proprio nucleo familiare)*

N°	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Codice fiscale
1	Richiedente	Richiedente	///	///	///
2					
3					
4					
5					
6					
7					

#### **CHIEDE IL CAMBIO**

in quanto l'alloggio attuale è ritenuto **non idoneo** a garantire normali condizioni di vita e di salute, in relazione alle condizioni personali dei suoi occupanti, per il seguente motivo:

- adeguatezza dell'alloggio
- accessibilità dell'alloggio (barriere architettoniche, assenza di ascensore ecc.)
- condizioni climatiche e ambientali (assenza di riscaldamento, umidità)
- ubicazione dell'alloggio rispetto a strutture assistenziali o familiari di supporto
- avvicinamento al luogo di lavoro

altro (specificare) \_\_\_\_\_

### INDICA

**le condizioni di disagio ritenute prevalenti barrando le relative caselle**, tenendo presente che:  
 i punteggi delle condizioni A-B-C-D sono cumulabili fra loro;  
 all'interno della condizione A i punteggi sono cumulabili tra loro ma non all'interno di ciascuna condizione anche se relativi a diversi componenti il nucleo  
 Il richiedente dovrà pertanto indicare la condizione di disagio ritenuta prevalente barrando la relativa casella;

#### A) DISAGIO SOGGETTIVO

	PUNTEGGIO		
	Istruttoria	Definitivo	Verifica
<input type="checkbox"/> <b>A.)</b> Presenza nel nucleo familiare richiedente di una o più persone portatrici di handicap pari al .....% Si considera portatore di handicap il cittadino affetto da menomazioni certificate dalle competenti Autorità che comportino una diminuzione permanente della capacità lavorativa (allegare certificato) Per calcolare il punteggio: percentuale di invalidità moltiplicata per 9.00 e divisa per 100 = punti da attribuire con invalidità 100% <p style="text-align: right;"><b>Punti 9</b></p>			
<input type="checkbox"/> <b>B.)</b> gravi problemi di salute, accertati dalla competente autorità sanitaria, con drastica riduzione della capacità di deambulazione, che richieda l'utilizzo di ausili per la mobilità oppure altre gravi patologie croniche, con conseguente inidoneità dell'alloggio, anche in relazione all'età dell'assegnatario (allegare certificato) <p style="text-align: right;"><b>Punti 8</b></p>			
<input type="checkbox"/> <b>C.)</b> gravi patologie cronicizzate, accertate dalla competente autorità sanitaria, che impongano la prossimità e l'uso costante di strutture sanitarie (allegare certificato) <p style="text-align: right;"><b>Punti 7</b></p>			
<input type="checkbox"/> <b>D.)</b> presenza di minore di anni 18, con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età riconosciuta ai sensi della vigente normativa (allegare certificazione A.U.S.L.) <p style="text-align: right;"><b>Punti 4</b></p>			
<b>E.) ETA'</b> <input type="checkbox"/> E1) anziani oltre 65 anni <input type="checkbox"/> E2) anziani oltre 75 anni <p style="text-align: right;"><b>Punti 5</b> <b>Punti 7</b></p>			

#### B) DISAGIO OGGETTIVO

Numero persone _____ superficie alloggio _____ <b>Il requisito del sovraffollamento è posseduto dai nuclei che eccedono i seguenti standard abitativi (Art. 10 del Regolamento Assegnazioni ERP):</b>	PUNTEGGIO		
	Istruttoria	Definitivo	Verifica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nucleo familiare di una/due persone superficie alloggio entro 45 mq.</li> <li>• Nucleo familiare di tre/quattro persone superficie alloggio da 45,01 a 60 mq.</li> <li>• Nucleo familiare di cinque/sei persone superficie alloggio da 60,01 a 75 mq</li> </ul>			
La condizione deve sussistere da almeno 2 anni dalla data di assegnazione dell'alloggio o dalla domanda di mobilità Il punteggio verrà attribuito: <input type="checkbox"/> a) da 1 a 2 persone in più rispetto allo standard <b>Punti 3</b> <input type="checkbox"/> b) da 3 persone in più rispetto allo standard <b>Punti 5</b>			
<input type="checkbox"/> c) sede lavorativa ubicata a _____ in via _____ difficilmente raggiungibile con i collegamenti pubblici tenuto conto delle esigenze lavorative motivate dal datore di lavoro Il punteggio verrà attribuito valutando il disagio provocato dalla distanza <b>Punti 2</b>			

**C) DISTANZA DAL POSTO DI CURA ED ASSISTENZA O DI LAVORO**

Solo per assegnatario che rientra nelle condizioni previste al punto A	PUNTEGGIO		
	Istruttori a	Definitiv o	Verific a
<input type="checkbox"/> a) necessita di accedere a strutture mediche per esigenza di cura ubicate a _____ in via _____ (allegare attestazione struttura sanitaria) <input type="checkbox"/> b) i familiari di supporto Sigg.ri _____ per l'assistenza quotidiana risiedono a _____ in via _____ grado di parentela _____			
Il punteggio verrà attribuito valutando il disagio provocato dalla distanza - residente nella città <b>Punti 2</b> - residente nelle frazioni <b>Punti 4</b>			

**D) DISAGIO ECONOMICO**

	PUNTEGGIO		
	Istruttori a	Definitiv o	Verific a
<input type="checkbox"/> Disagio economico dovuto a spese accessorie superiori od equivalenti al canone di locazione ammontanti a € _____ tenuto conto delle condizioni economiche/sociali del nucleo assegnatario <b>Punti 3</b>			
<b>PUNTEGGIO TOTALE</b>			

**ESPRIME LE SEGUENTI PREFERENZE RISPETTO ALL' UBICAZIONE dell'ALLOGGIO oggetto del cambio,** tenendo presente che: barrando la casella a) il richiedente verrà contattato per tutti gli alloggi disponibili; indicando le preferenze al punto b) o c) sarà contattato solo se risulteranno disponibili alloggi nelle zone indicate.

a) in qualunque zona della città con preferenza \_\_\_\_\_ per le seguenti zone

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

b) nella zona in cui attualmente abita : zona \_\_\_\_\_

*Le indicazioni di zona eventualmente fatte dal richiedente saranno ritenute vincolanti e l'interessato sarà contattato solo se risulteranno disponibili alloggi nelle zone indicate. Barrando la casella a) il richiedente verrà contattato per tutti gli alloggi disponibili.*

**CHIEDE che l'alloggio sia posizionato:**

- a qualsiasi piano
- non oltre il piano rialzato      numero massimo di gradini \_\_\_\_\_
- non oltre il 1° piano            numero massimo di gradini \_\_\_\_\_
- non oltre il 2° piano            numero massimo di gradini \_\_\_\_\_
- necessita di ascensore        numero massimo di gradini \_\_\_\_\_

.....  
.....  
**In caso di concessione del cambio SI IMPEGNA:**

- a produrre tutta la documentazione e a fornire le informazioni che l'ufficio riterrà necessario acquisire
- a lasciare l'alloggio attualmente occupato nella piena disponibilità dell'Ente, libero e vuoto da persone o cose entro 30 giorni dalla consegna dell'alloggio dato in cambio.

Chiede che tutte le comunicazioni che lo riguardano, relative alla presente domanda, vengano effettuate all'indirizzo dell'alloggio di cui è titolare oppure al seguente indirizzo \_\_\_\_\_

**NOTE DEL RICHIEDENTE:**

.....  
.....

.....  
**DICHIARA infine:**

- di essere a conoscenza che, secondo la normativa vigente possono essere eseguiti controlli su quanto dichiarato al fine di accertare la veridicità delle informazioni fornite. Qualora dal controllo delle dichiarazioni rese ne emerga la non veridicità, ne conseguirà la decadenza dai benefici eventualmente acquisiti.
- di essere a conoscenza di quanto indicato nel Testo Unico DPR 445/2000 articolo 71 in materia di controlli
- di essere a conoscenza della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e di essere consapevole che:
  - il conferimento dei dati contenuti nella presente domanda non è facoltativo ma necessario per l'accesso alla graduatoria per la mobilità nell'ambito degli alloggi Erp del Comune di Casalfiumanese;
  - il trattamento dei dati personali inseriti nella presente domanda è finalizzato alla sola gestione del relativo procedimento amministrativo;
  - il titolare del trattamento è il Comune di Casalfiumanese e il responsabile del trattamento è il Direttore dell'ASP Circondario Imolese;
  - il responsabile delle protezioni dei dati è stato individuato da Asp nella società Lepida SpA (dpo-team@lepida.it);
  - i dati sono trattati da personale interno dell'Asp e del Comune previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento e in caso di assegnazione saranno comunicati per quanto di competenza all'Acer, cui il Comune ha assegnato la gestione degli alloggi Erp;
  - può esercitare i diritti di accesso ai dati personali che lo riguardano ai sensi della normativa vigente (rettifica, aggiornamento e cancellazione dei dati se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge) rivolgendosi al responsabile del trattamento;

**ALLEGA alla domanda:**

- certificazione medica di cui al punto A. a
- certificazione medica di cui al punto A. b
- certificazione medica di cui al punto A. c
- certificazione medica di cui al punto A. d
- certificazione medica di cui al punto C. a

Casalfiumanese,.....

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

La suddetta dichiarazione è stata sottoscritta in presenza del funzionario incaricato

La suddetta dichiarazione è stata inoltrata a mezzo ....., allegando copia fotostatica di documento d'identità

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario addetto ovvero l'istanza sia inoltrata unitamente a copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore (DPR 445/2000).

Casalfiumanese, .....

.....  
*(firma, timbro dell' ufficio)*