



Amministrazione destinataria

Comune di Andria

Ufficio destinatario

Servizio Anagrafe e Servizi Demografici

## Domanda di cambio alloggio

*Ai sensi dell'articolo 39 della Legge regionale 07/04/2014*

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		

### in qualità di

**Ruolo**

di assegnatario di un alloggio

amministratore di sostegno del seguente assegnatario di un alloggio

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### collocato in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

### di proprietà

**Proprietario alloggio**

Agenzia

del Comune di

di altro Comune della Provincia (specificare il Comune di Provenienza)

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

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**

di non trovarsi in alcuna delle condizioni indicate dalla Legge regionale che determinino la decadenza dell'assegnazione quindi di:

- aver superato la soglia economica massima per la permanenza nei servizi abitativi pubblici, corrispondente ad un valore ISEE di 30.000,00 €
- aver superato il triplo della soglia patrimoniale
- aver conseguito la titolarità del diritto di proprietà o di altro diritto reale di godimento su un alloggio ubicato nella stessa provincia di residenza o a una distanza inferiore a 70 km
- aver conseguito la titolarità del diritto di proprietà o di altro diritto reale di godimento su un alloggio adeguato alle esigenze del nucleo familiare
- aver violato le disposizioni concernenti l'ospitalità, il subentro, la coabitazione, la fusione e la mobilità
- non aver utilizzato l'alloggio assegnato per un periodo superiore a sei mesi continuativi, salvo che ciò sia stato motivatamente comunicato all'ente proprietario o gestore
- aver mutato la destinazione d'uso dell'alloggio o delle relative pertinenze
- aver usato o consentito a terzi di utilizzare l'alloggio, le sue pertinenze o le parti comuni per attività illecite che risultino da provvedimenti giudiziari, della pubblica sicurezza o della Polizia Locale
- non aver ottemperato agli obblighi di stipula del contratto di locazione
- aver ceduto a terzi, in tutto o in parte, l'alloggio assegnato o sue pertinenze
- aver sottoscritto il contratto di locazione per nuova assegnazione o cambio da almeno 12 mesi
- aver violato, di norma tre volte, alle disposizioni del regolamento dell'ente gestore concernenti l'uso dell'alloggio
- aver causato gravi danni all'alloggio, alle sue pertinenze o alle parti comuni dell'edificio
- non aver, a seguito della diffida dell'ente proprietario o gestore, prodotto la documentazione richiesta in sede di aggiornamento dell'anagrafe o averla reiteratamente prodotta in forma incompleta, non integrabile d'ufficio

#### DICHIARA INOLTRE

- di essere in regola con il pagamento del canone/spese di locazione
- di non essere in regola con il pagamento del canone/spese di locazione

#### Quadro A) - Composizione del nucleo familiare interessato

Il sottoscritto risiede nell'attuale alloggio dal

##### componente n. 1 - dichiarante

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita
Rapporto di parentela o convivenza (*)	Tipo componente (**)		

Stato civile (***)	Situazione occupazionale (****)
Azienda sanitaria competente	Invalità

**componente n. 2**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Rapporto di parentela o convivenza (*)	Tipo componente (**)

Stato civile (***)	Situazione occupazionale (****)
Azienda sanitaria competente	Invalità

**componente n. 3**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Rapporto di parentela o convivenza (*)	Tipo componente (**)

Stato civile (***)	Situazione occupazionale (****)
Azienda sanitaria competente	Invalità

**componente n. 4**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Rapporto di parentela o convivenza (*)	Tipo componente (**)

Stato civile (***)	Situazione occupazionale (****)
Azienda sanitaria competente	Invalità

**componente n. 5**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Rapporto di parentela o convivenza (*)	Tipo componente (**)

Stato civile (***)	Situazione occupazionale (****)
Azienda sanitaria competente	Invalità

**componente n. 6**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Rapporto di parentela o convivenza (*)	Tipo componente (**)

Stato civile (***)	Situazione occupazionale (****)
Azienda sanitaria competente	Invalità

**componente n. 7**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Rapporto di parentela o convivenza (*)	Tipo componente (**)

Stato civile (***)	Situazione occupazionale (****)
Azienda sanitaria competente	Invalità

**componente n. 8**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Rapporto di parentela o convivenza (*)	Tipo componente (**)

Stato civile (***)	Situazione occupazionale (****)
Azienda sanitaria competente	Invalità

 **componente n. 9**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Rapporto di parentela o convivenza (*)	Tipo componente (**)

Stato civile (***)	Situazione occupazionale (****)
Azienda sanitaria competente	Invalità

 **componente n. 10**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Rapporto di parentela o convivenza (*)	Tipo componente (**)

Stato civile (***)	Situazione occupazionale (****)
Azienda sanitaria competente	Invalità

*Rapporto di parentela o convivenza (\*):*

Dichiarante, Coniuge, Figlio/Figlia, Fratello/Sorella, Genitore, Suocero/Suocera, Genero/Nuora, Altro parente o affine, Convivente

*Tipo componente (\*\*):*

Dichiarante, Coniuge, figlio maggiorenne con reddito proprio, figlio minore o minore affidato, soggetto a carico ai fini IRPEF, Coniuge/figli non presenti nello stato di famiglia, responsabile del mantenimento del dichiarante, altra persona non presente nello stato di famiglia, altra persona presente nello stato di famiglia

Stato civile (\*\*\*):

celibe/nubile, coniugato/coniugata, separato/separata, divorziato/divorziata, vedovo/vedova

Situazione occupazionale (\*\*\*\*):

studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro

## CHIEDE

il cambio alloggio

### preferibilmente con l'alloggio collocato in

(da compilare nel caso di presentazione di domanda a seguito di emissione di bando)

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Codice alloggio	Data bando
<input type="text"/>	<input type="text"/>

per le seguenti motivazioni:

### 1) sovrappollamento dell'alloggi

(in caso di presenza della condizione di sovrappollamento barrare la voce corrispondente alla propria situazione)

Superficie alloggio

m<sup>2</sup>

Numero persone

Superficie utile dell'alloggio

fino a 17 m<sup>2</sup>   fino a 34 m<sup>2</sup>   fino a 50 m<sup>2</sup>   fino a 50 m<sup>2</sup>   fino a 84 m<sup>2</sup>

una o due persone	<input type="radio"/>				
tre persone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
quattro o cinque persone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
sei persone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
sette o più persone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 2) presenza nel nucleo familiare di uno o più componenti con handicap grave o una percentuale d'invalidità pari o superiore al 66% o con un componente di età superiore a 65 anni

(in caso di presenza di componenti anziani e/o disabili barrare la voce corrispondente unitamente al numero di componenti il nucleo familiare interessati a tale condizione)

Numero componenti	Disabilità al 100% o handicap grave con accompagnamento	Disabilità al 100% o handicap grave	Disabilità dal 66% al 99%	Anziani ultra 65enni
un componente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
due componenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tre o più componenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3) inidoneità dell'alloggio

(in caso di presenza della condizione di inidoneità barrare la voce corrispondente)

Tipo inidoneità	Barriere architettoniche	Condizioni di accessibilità	Condizioni di antigienicità	Privo di impianto di riscaldamento
parziale inidoneità (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
totale inidoneità (**)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Legenda:

(\*) per parziale inidoneità si intende:

- la presenza di barriere architettoniche o di condizioni di accessibilità che comunque consentono all'interessato la fruizione e l'accesso all'alloggio
- condizioni di antigieneità eliminabili con interventi di manutenzione ordinaria

(\*\*) per totale inidoneità si intende:

- la presenza di barriere architettoniche o di condizioni di accessibilità che impediscono all'interessato la completa fruizione dell'alloggio
- condizioni di antigieneità non eliminabili con interventi di manutenzione ordinaria

**4) gravi necessità del richiedente o del relativo nucleo familiare**

Descrizione della grave necessita

**5) necessità di avvicinamento al posto di lavoro**

Luogo di lavoro

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Mezzi di trasporto utilizzati

Tempi di percorrenza

**6) cambio consensuale con assegnatario di alloggio**

Cognome	Nome	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Collocazione alloggio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Motivazione

**7) attività di manutenzione straordinaria, risanamento conservativo o ristrutturazione edilizia**

Descrizione

**8) per motivi legati alla sicurezza pubblica**

8) per motivi legati alla sicurezza pubblica

**9) per motivi legati al degrado ambientale**

Descrizione

**10) per motivi legati a esigenze di razionalizzazione ed economicità (passaggio ad alloggio con metratura inferiore)**

Descrizione



### Elenco degli allegati

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

- copia della certificazione attestante la percentuale di invalidità  
*(da allegare solo se nel nucleo familiare sono presenti componenti con invalidità)*
- documentazione attestante gravi necessità del richiedente o del relativo nucleo familiare  
*(da allegare solo se si richiede la mobilità per gravi necessità del richiedente o del relativo nucleo familiare)*
- copia della dichiarazione di antigienicità e inabitabilità rilasciata dall'azienda sanitaria competente o altro referto tecnico rilasciato da enti pubblici  
*(da allegare facoltativamente solo in caso di richiesta di cambio alloggio a seguito di inidoneità dell'alloggio)*
- dichiarazione del datore di lavoro attestante il luogo ove si svolge l'attività lavorativa del richiedente e dichiarazione dell'interessato attestante quali mezzi pubblici di collegamento esistono tra il luogo di residenza e il luogo di lavoro (specificare, in caso di più mezzi di trasporto, quali mezzi e il tempo impiegato)  
*(da allegare solo in caso di richiesta di cambio alloggio a seguito di necessità di avvicinamento al posto di lavoro)*
- copia del documento d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### 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)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Andria

Luogo

Data

il dichiarante