

MODULO CAMBIO ALLOGGIO CASE/MAP – GIUGNO 2017

Modulo da consegnare direttamente presso il Comune dell'Aquila, allegando idoneo documento di riconoscimento o da inviare per RACCOMANDATA A/R con allegata fotocopia di idoneo documento di riconoscimento al seguente indirizzo:

Comune dell'Aquila
Sportello Unificato
Via Roma n. 207/A
67100 L'AQUILA (AQ)

Oggetto: Richiesta di CAMBI, SOSTITUZIONI E DIVERSE LOCALIZZAZIONI di alloggi del Progetto CASE/MAP

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 T.U. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità, **dichiara sotto la propria personale responsabilità** di essere

nato/a a il, C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tel: E-MAIL:

assegnatario a titolo provvisorio dell'alloggio:

C.A.S.E. sito in, numero piastra, numero appartamento

M.A.P sito nella frazione di, num. platea, piano, num. modulo

con numero di componenti pari a

con numero camere pari a

Requisito di assegnazione:

inagibilità dell'abitazione in cui era residente/stabilmente domiciliato **alla data del 06/04/2009 in**

L'Aquila, in Via N detenuta a titolo di:

- PROPRIETA' (indicare AQBCE pratica ricostruzione)(*)
- AFFITTO/COMODATO (indicare AQBCE, se conosciuto, e nome/cognome del proprietario della casa)(*)

(*) dati obbligatori in assenza dei quali non si potrà dare seguito alla richiesta di cambio

Bandi Ufficio CASA/DL 43/Fragilità Sociali/Giovani Coppie/Ordinanza Sindacale

CHIEDE

la possibilità di effettuare un cambio di alloggio per le seguenti motivazioni:

MOTIVI DI SALUTE/INVALIDITA' (come da certificato allegato)

INADEGUATEZZA ALLOGGIO PER NUMERO CAMERE INSUFFICIENTI – specificare tipologia:

- gravidanza e nuove nascite dopo il sisma
- almeno un componente senza letto
- figli > 12 anni di sesso opposto nella stessa camera o figli > 25 anni nella stessa camera
- monocale con divano letto o letto singolo nel caso di aumento di nucleo o persona anziana
- altre ipotesi (specificare)

.....
.....

AVVICINAMENTO

- alla scuola dei figli
- ai parenti (solo in caso di persone anziane, malate o in gravidanza)
- al luogo di lavoro/residenza

MOTIVI PERSONALI E FAMILIARI (specificare)

.....
.....
.....

Chiede, inoltre, che l'alloggio sia ubicato di preferenza nei seguenti Progetti CASE:

.....

o nei seguenti Progetti MAP:

Il/La sottoscritto/a, consapevole che, come da Del. G.C. n. 517 del 31/10/2014, **“non è consentito il cambio di alloggio assegnato qualora non si sia in regola con i pagamenti in merito ai canoni di compartecipazione, ai canoni di locazione e alle bollette per le utenze condominiali”** dichiara altresì:

- di essere in regola con il pagamento dei canoni di compartecipazione o di locazione, qualora dovuti
- di essere in regola con il pagamento delle utenze

Il/La sottoscritto/a, consapevole che, come da Del. G.C. n. 517 del 31/10/2014, **“non è consentito richiedere il cambio dell'alloggio assegnato qualora non sia trascorso almeno un anno dall'assegnazione dello stesso al nucleo familiare”** dichiara altresì:

- di aver avuto l'assegnazione dell'alloggio in data

L'Aquila,

FIRMA