Amministrazione destinataria

Regione Lombardia

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

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** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

assegnatario di un alloggio collocato in

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

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

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** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **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

- ☐ effettua regolare attività lavorativa di assistenza a componenti del nucleo familiare
- ☐ è legata a vincoli di parentela fino al secondo grado o di affinità fino al primo grado, e chiede la coabitazione per
  - ○ assistenza all'assegnatario o ad un componente del nucleo familiare con invalidità pari o superiore al 66%
  - ○ 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 (numero massimo di caratteri: 800)

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 in caso di assistenza all'assegnatario o ad un componente del nucleo familiare con invalidità pari o superiore al 66%)
- ☐ copia del permesso di soggiorno del dichiarante e del soggetto ospitato
  (da allegare se il dichiarante o il soggetto ospitato sono cittadini extracomunitari)
- ☑ copia del documento d'identità del soggetto ospitato
- ☐ copia del documento d'identità del dichiarante
  (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.

Luogo	Data	il dichiarante