

MODELLO 1 - ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE
Dichiarazione di convivenza in gruppo appartamento o soluzione di housing
cohousing

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ n. _____

Email _____ tel. _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio (se diverso da residenza) _____

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

Ovvero di

FAMILIARE grado di parentela _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

Del sig. Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ Sesso M/F _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Medico di Medicina Generale _____

Domicilio (se diverso dalla residenza _____

- consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art 71 del DPR 445/00;
- consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art 76 del DPR 445/00 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR



445/2000, la decadenza da benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera;

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che (*cognome nome*) _____

- ha ottenuto la certificazione di handicap grave ex art. 3 comma 3 della legge 104/92 nella seduta del _____ rilasciata da _____ **che si allega;**
- vive in gruppo appartamento con _____
- vive in cohousing/housing nello stesso appartamento con _____

compilare se è stata richiesta la misura B

- risulta conduttore/co-conduttore/ospite/residente/domiciliato (*cancellare le voci che non interessano*) dell'appartamento sito a _____
in via _____
con contratto d'affitto intestato a _____
(*specificare il rapporto col richiedente*) _____
per il quale corrisponde un importo mensile del canone di locazione pari a € _____
corrispondenti al [][][]% e concorre alle spese condominiali in percentuale del [][][]%;
- ha richiesto contributo per l'abbattimento dei canoni di locazione di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749 del 24.05.2021 al Comune di _____
Ambito territoriale di _____;
- non ha richiesto contributi per l'abbattimento dei canoni di locazione di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749 del 24.05.2021 per l'abbattimento dei canoni di locazione;
- ha richiesto contributo per l'abbattimento delle spese condominiali di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749 del 24.05.2021 al Comune di _____
Ambito territoriale di _____;



- non ha richiesto contributi per l'abbattimento delle spese condominiali di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749 del 24.05.2021 per l'abbattimento dei canoni di locazione.

compilare se è stata richiesta la misura D

- sostiene le seguenti spese mensili _____ per l'assunzione di n. [__] assistenti personali e/o per la fruizione dei seguenti servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da _____ **(allegare documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni)** di cui la quota a proprio carico è pari a [][][]%;
- ha richiesto contributo per "gruppo appartamento autogestito" a valere sulle misure della D.G.R. 4749 del 24.05.2021 al Comune di _____ Ambito territoriale di _____;
- non ha richiesto contributi per "gruppo appartamento autogestito" a valere sulle misure della D.G.R. 4749 del 24.05.2021
- ha richiesto contributo per "buono mensile cohousing/housing" a valere sulle misure della D.G.R. 4749 del 24.05.2021 al Comune di _____ Ambito territoriale di _____;
- non ha richiesto contributi per "buono mensile cohousing/housing" a valere sulle misure della D.G.R. 4749 del 24.05.2021

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati personali raccolti dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Seregno e trasmessi all'ATS, all'ASST di Vimercate e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati).

Data e luogo _____

Firma _____