offertasociale

Comune di Carnate

Modello di dichiarazione di convivenza

Dichiarazione di convivenza in gruppo appartamento o soluzione di housing cohousing
Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 3404 del 20.07.2020

Al Comune di _____
Ambito Territoriale Trezzo sull'Adda

Il sottoscritto (cognome e nome) _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ CAP _____ Provincia _____
Via _____ n. _____
Domicilio (se diverso da residenza) _____
Email _____ tel. _____
Codice fiscale_____

in qualità di

[_] DIRETTO INTERESSATO

ovvero di

[_] FAMIGLIARE - 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. (cognome e nome) _____
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) _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

[_] 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_____

Far compilare se è stata richiesta la **misura B1 e/o B2 (canone locazione e spese condominiali)**

[_] risulta conduttore/co-conduttore/ospite/residente/domiciliato (cancellare le voci che non interessano) dell'appartamento sito a _____ in via/piazza _____ 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. n. 3404/2020 al Comune di _____ dell'Ambito territoriale di MONZA;

[_] non ha richiesto contributi per l'abbattimento dei canoni di locazione di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. n. 3404/2020 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. n. 3404/2020 al Comune di _____ dell'Ambito territoriale di MONZA;

[_] non ha richiesto contributi per l'abbattimento delle spese condominiali di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. n. 3404/2020 per l'abbattimento dei canoni di locazione.

Far compilare se è stata richiesta la **misura E (gruppo appartamento autogestito)**

[_] 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. n. 3404/2020 al Comune di _____ dell'Ambito territoriale di MONZA;

[_] non ha richiesto contributi per "gruppo appartamento autogestito" a valere sulle misure della D.G.R. n. 3404/2020.

Far compilare se è stata richiesta la **misura F (housing - co-housing)**

[_] 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 il contributo per "buono mensile cohousing/housing" a valere sulle misure della D.G.R. n. 3404/2020 al Comune di _____ dell'Ambito territoriale di MONZA;

[_] non ha richiesto contributi per "buono mensile cohousing/housing" a valere sulle misure della D.G.R. n. 3404/2020.

Data e luogo _____ Firma _____

offertasociale

Comune di Carnate

Stralcio dell'INFORMATIVA RELATIVA ALLA PRIVACY
Allegato 1. Istanza di Valutazione per l'accesso alle Misure

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati al Comune di residenza saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

La finalità del trattamento è la Domanda di valutazione sociale per l'accesso alle misure previste dal Programma Operativo Regionale "Dopo di Noi" – D.G.R. n. 3404 del 20/07/2020, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.

La natura del conferimento dei dati previsti non è facoltativa bensì obbligatoria. Si precisa che un eventuale rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità di dare seguito alla misura.

Con la firma in calce l'interessato presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e dati particolari per la suddetta finalità.

Data e luogo _____ Firma _____

▫ Sottoscrivo