



**RICHIESTA DI MOBILITÀ IN  
ALLOGGI DI EDILIZIA RESIDENZIALE PUBBLICA**

MOD 402 01 Rev 0  
del 02/03/2022  
Pag. 1 di 4

**OGGETTO: RICHIESTA DI MOBILITÀ IN ALLOGGI DI EDILIZIA RESIDENZIALE PUBBLICA.**

Il sottoscritto

Cognome	Nome
Nato a	Il
Residente a	Via
Tel.	Cell.

Assegnatario dell'alloggio di edilizia residenziale pubblica di Via ....., n.....

**CHIEDE**

di poter usufruire della mobilità in alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica

**DICHIARA**

di essere assegnatario dell'alloggio di ERP di residenza da almeno tre anni ossia dal  
\_ / \_ / \_\_\_\_\_;

che il reddito ISE del nucleo di appartenenza non supera quello stabilito per la permanenza  
nell'assegnazione;

che il suo nucleo familiare è così formato:

Nome e cognome	Data nascita	Grado di parentela

che tale richiesta è determinata da:

**a) Inidoneità dell'alloggio occupato a garantire normali condizioni di vita e di salute, in relazione alle condizioni personali dei suoi occupanti (conformazione dell'alloggio, accessibilità all'alloggio, ubicazione dell'alloggio rispetto a strutture assistenziali o familiari di supporto);**

**INDICA DI SEGUITO LE CONDIZIONI PERSONALI CHE, RAPPORTATE ALL'INIDONEITA' DELL'ALLOGGIO DI CUI SOPRA POSSONO COMPORTARE L'ATTRIBUZIONE DI PUNTEGGIO**

(Barrare le condizione che interessano)

**O A 1.1. Invalidità**

- totale (cioè 100%) p.....(9)  
 - superiore a 2/3 (cioè dal 67% al 99%) p.....(8)

**O Condizioni di salute:**

- per gravi patologie accertate dalla struttura pubblica p.....(9)  
- per malattia cronicizzata accertata dalla struttura pubblica p.....(5)

**O Età:**

- se anziani oltre 65 anni p.....(5)  
- se anziani oltre 75 anni p.....(6)  
- per presenza di minorenne portatore di handicap con certificazione A.U.S.L. p.....(9)  
- per presenza di familiari componenti il nucleo familiare di generazione e/o sesso diversi p.....(5)

- Esigenze di cura ed assistenza in strutture mediche: p.....(3)  
 Familiari di supporto quotidiano: p.....(3)

**b) Inidoneità dell'alloggio che non sia in relazione a particolari condizioni dei suoi occupanti:**

**O Sottoutilizzo:**

- numero tre persone in meno rispetto allo standard abitativo di cui al regolamento vigente di E.R.P. p.....(6)  
- numero una o due persone in meno rispetto a tale standard: p.....(3)

**O Sovraffollamento:**

- numero quattro persone in più rispetto allo standard abitativo di cui al regolamento vigente di E.R.P.: p.....(6)  
- numero tre persone in più rispetto a tale standard: p.....(4)  
- numero una o due persone in più rispetto a tale standard: p.....(3)

**ASP Seneca**

U.O. Servizi Sociali Territoriali e Politiche Abitative

Villa Emilia - Via Marzocchi, 1/a

40017 San Giovanni in Persiceto (BO)

Tel. 051/6828454 - Fax 051/6875642

[www.asp-seneca.it](http://www.asp-seneca.it)

pec: [asp-seneca@cert.provincia.bo.it](mailto:asp-seneca@cert.provincia.bo.it)

C.F. e P.IVA 02800411205

Disagio economico (spese accessorie superiori od equivalenti al canone di locazione): **p.....(1)**

Assegnatari di alloggi compresi nei piani di vendita e non intenzionati all'acquisto: **p.....(1)**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che:

a) I punteggi relativi alla condizione di invalidità e condizioni di salute non sono cumulabili qualora riferiti alla medesima persona.

b) a parità di punteggio le domande di mobilità sono graduate tenendo in considerazione i seguenti criteri in ordine di priorità:

1. il valore I.S.E.E. del nucleo familiare, assumendo priorità il valore I.S.E.E. più basso;
2. sorteggio.

c) in caso di accoglimento della richiesta e di proposta dell'assegnazione, la rinuncia sottoscritta dall'assegnatario dell'alloggio proposto e/o il rifiuto a presentarsi per l'esame della proposta comporta l'esclusione dalla graduatoria. L'interessato non potrà presentare una nuova domanda di mobilità per almeno due anni dalla data di esclusione.

Allega alla presente:

Certificato di invalidità del Sig. .... componente del nucleo;

Certificazione medica rilasciata **da struttura pubblica** con espressa indicazione se trattasi di patologia grave o malattia cronicizzata che si renda incompatibile per la presenza nell'alloggio di barriere architettoniche, se necessaria la cura in strutture mediche (con indicazione della sede e frequenza della cura o assistenza) –

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 T.U. n. 445/2000 da verificarsi con intervento dello sportello sociale attestante la necessità della cura ed assistenza da parte di familiari con supporto quotidiano.

Certificato d'invalidità (o altra certificazione prevista dalle leggi vigenti) relativo al minore .....(nome e cognome).

Altra documentazione e in particolare: .....

.....  
.....

**ASP Seneca**

U.O. Servizi Sociali Territoriali e Politiche Abitative

Villa Emilia - Via Marzocchi, 1/a

40017 San Giovanni in Persiceto (BO)

Tel. 051/6828454 - Fax 051/6875642

[www.asp-seneca.it](http://www.asp-seneca.it)

pec: [asp-seneca@cert.provincia.bo.it](mailto:asp-seneca@cert.provincia.bo.it)

C.F. e P.IVA 02800411205

### **ULTERIORI DICHIARAZIONI**

Il richiedente prende atto dell' informativa in materia di protezione dei propri dati personali ai sensi del regolamento UE n. 679/2016, di cui al punto 14 del Bando di concorso per l'assegnazione in locazione di alloggi di edilizia residenziale pubblica.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dagli interessati in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

### **COMUNICAZIONE DI AVVIO DEL PROCEDIMENTO**

La presente istanza vale anche quale avvio del procedimento ai sensi dell'art. 8 della L. 241/1990 per il quale è responsabile l'U.O. Servizi Sociali Territoriali e Politiche Abitative, Sig. Iusuf Hassan Adde. Gli atti potranno essere visionati presso l'ASP Seneca.

### **CONOSCENZA ED ACCETTAZIONE DELLA NORMATIVA**

Con la sottoscrizione e la presentazione della presente domanda il richiedente dichiara di essere a conoscenza e di accettare tutte le norme del Regolamento approvato con Deliberazione di Consiglio Comunale n. 25 del 17 marzo 2016 (e successive modifiche e integrazioni) ed espresse dal bando di concorso pubblico.

### **SOTTOSCRIZIONE DELLA RICHIESTA E DELLA DICHIARAZIONE**

\_\_\_\_\_, (data)

.....  
(firma)

#### **ASP Seneca**

U.O. Servizi Sociali Territoriali e Politiche Abitative

Villa Emilia - Via Marzocchi, 1/a

40017 San Giovanni in Persiceto (BO)

Tel. 051/6828454 - Fax 051/6875642

[www.asp-seneca.it](http://www.asp-seneca.it)

pec: [asp-seneca@cert.provincia.bo.it](mailto:asp-seneca@cert.provincia.bo.it)

C.F. e P.IVA 02800411205