



**Amministrazione destinataria**

Comune di Gonzaga

**Ufficio destinatario**

Ufficio servizi sociali



**Domanda di ospitalità temporanea**

*Ai sensi dell'articolo 17 del Regolamento Regionale 04/08/2017, n. 4*

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
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
										<input type="checkbox"/>	

**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

**CHIEDE**

- il rilascio dell'autorizzazione ad ospitare temporaneamente
  - per un periodo non superiore a sei mesi la seguente persona non facente parte del nucleo familiare assegnatario senza che questa faccia di tale luogo la propria residenza
  - per un periodo non superiore a un anno la seguente persona ascendente o discendente di primo grado senza che questa faccia di tale luogo la propria residenza
- il rinnovo dell'autorizzazione ad ospitare per altri sei mesi la seguente persona per la seguente motivazione

Motivazione

**persona ospitata**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	

Sede lavorativa		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Professione					Stato Civile						
L'ospitalità avrà decorrenza a partire dal					Fino al						

 **ulteriore persona ospitata**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	

Sede lavorativa		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Professione					Stato Civile						
L'ospitalità avrà decorrenza a partire dal					Fino al						

 **ulteriore persona ospitata**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	

Sede lavorativa		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Professione					Stato Civile						
L'ospitalità avrà decorrenza a partire dal					Fino al						

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 richiesta di ampliamento non determina sovraffollamento, in quanto non rientra nelle seguenti tipologie:
  - 1 o 2 persone in 1 vano abitabile =  $14 \text{ m}^2 + 20\% = 16,80 \text{ m}^2$
  - 3 persone in 2 vani abitabili =  $28 \text{ m}^2 + 20\% = 33,60 \text{ m}^2$
  - 4 o 5 persone in 3 vani abitabili =  $42 \text{ m}^2 + 20\% = 50,40 \text{ m}^2$
  - 6 persone in 4 vani abitabili =  $56 \text{ m}^2 + 20\% = 67,20 \text{ m}^2$
  - 7 o più persone in 5 vani abitabili =  $70 \text{ m}^2 + 20\% = 84,00 \text{ m}^2$
- di essere consapevole che l'ospitalità non produce effetti amministrativi ai fini del subentro, del cambio alloggio e della determinazione del reddito familiare
- di essere consapevole che in caso di accertamento di violazione di legge sull'ospitalità, l'ente proprietario diffida l'assegnatario al ripristino entro 30 giorni dalla notifica della diffida pena la decadenza dell'assegnazione
- di essere consapevole che l'ospitalità è subordinata all'autorizzazione del servizio e può essere concessa solo quando non determini sovraffollamento dell'alloggio
- di essere consapevole che l'ospitalità non comporta inserimento, ad alcun titolo, della persona ospitata nel nucleo familiare assegnatario e, pertanto, non produce effetti ai fini del cambio alloggio e della determinazione della situazione economica del nucleo medesimo

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)*

- pagamento dell'imposta di bollo
- copia del permesso di soggiorno del dichiarante  
*(da allegare se il dichiarante è cittadino extracomunitario)*
- copia del permesso di soggiorno del soggetto ospitato  
*(da allegare se il soggetto ospitato è cittadino extracomunitario)*
- 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.

Gonzaga

Luogo

Data

il dichiarante