

Dichiarazione di convivenza in gruppo appartamento o soluzione di housing cohousing  
Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749 del 24.05.2021

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ambito Territoriale Vimercate

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 \_\_\_\_\_

**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. 4749 del 24/05/2021, 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