

# FONDAZIONE CITTA' DI CREMONA

## DOMANDA PER ASSEGNAZIONE ALLOGGI DI PROPRIETA'

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ ,  
il \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_ ;  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ chiede l'assegnazione di un  
alloggio e, a tal fine, sotto la propria responsabilità ai sensi della L. 445/2000,

### DICHIARA

1) che è in possesso della cittadinanza:

- Italiana
- di uno Stato aderente all'Unione Europea: \_\_\_\_\_  
ovvero
- di essere straniero titolare di carta di soggiorno o in possesso di permesso di soggiorno come previsto dalla vigente normativa.

2) di essere residente a \_\_\_\_\_

in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ;

di essere domiciliato (se diverso dalla residenza) a \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ;

all'indirizzo da anni \_\_\_\_\_

- DI PROPRIETA'
- IN AFFITTO
- PRESSO PARENTI
- PRESSO DATORE DI LAVORO
- ALTRO

DOMICILIO PRECEDENTE (se l'attuale è inferiore di 4 anni):

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

3) RAPPORTI CON BANCHE:

- nessuna
- da anni cliente di \_\_\_\_\_

CARTE DI CREDITO POSSEDUTE:

- nessuna
- CARTA SI
- TOP CARD/UNICARD
- BANKAMERICARD
- AMERICAN EXPRESS
- DINERS
- Altre o bancomat

4) La seguente capacità economica del nucleo familiare:

Cognome e nome	Reddito mensile netto (o annuo lordo imponibile se lavoratore autonomo)	Datore di lavoro o ente erogatore di pensione o di assegno di invalidità/ accompagnamento	Tipo di contratto di lavoro o tipo di pensione

5) I seguenti dati relativi al nucleo familiare per il quale si richiede l'alloggio (compreso il richiedente):

	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO E PROVINCIA DI NASCITA
	CODICE FISCALE	RAPPORTO CON IL RICHIEDENTE		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

6) Di avere sfratto esecutivo (con esclusione dello sfratto per morosità):

SI

NO

7) Le seguenti motivazioni particolari per le quali viene presentata domanda di alloggio:

---



---



---



---



---



---

8) che nel nucleo familiare sono presenti le seguenti persone con minorazioni o malattie invalidanti:

COGNOME E NOME	% DI INVALIDITA'

Il/La sottoscritto/a, con la presente, dichiara di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 76 della L. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e a tal fine l'Ente procederà a delle verifiche campione delle domande presentate.

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Tutela della Privacy": i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_ \*

\* L'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente dell'Ente addetto, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.