

nel caso di Ricongiungimento familiare, Coesione familiare, N. _____ familiari:

Cognome	Nome	Luogo e data nascita	Rapporto di parentela

- che l'alloggio sito in _____ via _____
scala _____ piano _____, censito al C.F. al Foglio n. _____, Mappale n. _____, sub. n. _____, è disponibile per il nucleo composto da n. _____ persona/e, in quanto misura complessivamente mq. _____, ed è composto da n. _____ vani ovvero (segnare con crocetta i locali presenti nell'alloggio):
 soggiorno camera letto singola n. _____ camera letto doppia n. _____ cucina
 bagno n. _____ disimpegno n. _____ altro (indicare) _____
- che la presente dichiarazione è stata presentata al Comune di Sala Baganza per consentire la verifica metrica e la consistenza dell'unità immobiliare;
- di essere stato edotto delle sanzioni penali comminate a chi dichiara il falso;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali sopra riportati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

CHIEDE

il rilascio del certificato attestante l'idoneità alloggiativa, sulla base dei parametri previsti dall'Accordo provinciale approvato sottoscritto dal Sindaco in adempimento alla deliberazione di G.C. n. 157 del 09.11.2017.

_____/_____/_____

Il dichiarante

Allegati:

- **copia fotostatica documento di identità del richiedente;**
- **copia fotostatica documento di identità delle persone interessate a:** ricongiungimento familiare con il proprio nucleo/ ricongiungimento familiare disgiunto/permesso di soggiorno per coesione familiare/ permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo/ decreto flussi/contratto di soggiorno/ emersione lavoro sommerso;
- **copia del contratto di locazione / comodato gratuito / titolo di proprietà**
- **comunicazione ex art. 7 D.Lgs. 286/98;**
- **una marca da bollo da € 16.00**
- **attestazione di avvenuto pagamento di € 20,00** a favore del Comune di Sala Baganza di diritti di segreteria per **"RINNOVO AUTORIZZAZIONE ALLOGGI"**, che può essere effettuato con:
 - 1) c/c postale n. 16338436 intestato Comune di Sala Baganza - Servizio di Tesoreria
 - 2) versamento all'Ufficio Multifunzione del Comune (pian terreno)
 - 3) se in possesso delle credenziali, direttamente online accedendo ad "Entra Next", <https://portale-sala-baganza.entranext.it/>
- **copia della certificazione attestante la metratura dell'alloggio, se precedentemente rilasciata**
- **attestazione di avvenuto pagamento per PRESTAZIONE TECNICA ad Azienda Casa Emilia Romagna di Parma** Codice IBAN IT26S030691276500000000558, avente causale "MISURAZIONE ALLOGGI SALA BAGANZA" (€40,00 per attestazione idoneità abitativa completa di misurazione / € 69,14 per attestazione idoneità abitativa completa di misurazione e attestazione igienico sanitaria), come da Delibera Convenzione ACER, G.C. n. 6 del 25/01/2016.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO COMUNALE PER LA VERIFICA

Vista la dichiarazione attestante la disponibilità di un alloggio presentata dal/dalla

Sig./Sig.ra _____

Ritenuto che essa sia completa ai fini dell'attestazione della idoneità abitativa, e che pertanto è possibile rilasciare tale idoneità sulla base della documentazione disponibile e/o con sopralluogo.

Vista l'allegata relazione di ACER Parma in data _____

Considerato che tale rilievo non costituisce alcuna certificazione di conformità edilizia, urbanistica e impiantistica, in particolare le verifiche tecniche debbono considerarsi effettuate al solo fine di valutare l'idoneità alloggiativa in relazione al rapporto superficie/numero occupanti, escludendo qualunque valutazione circa i requisiti di agibilità, la cui responsabilità spetta esclusivamente al proprietario dell'unità immobiliare

Si attesta che l'alloggio di mq. _____, _____ è idoneo per n. _____ persone.

Si autorizza inoltre la deroga per n. _____ minori.

Solo nel caso di richiesta per Ricongiungimento familiare, si attesta che l'alloggio:

- presenta i requisiti igienico-sanitari.**
- non presenta i requisiti igienico-sanitari.**

_____/_____/_____

Il Dirigente del Comune di Sala Baganza
