



CITTÀ DI CASTELLANZA

PROVINCIA DI VARESE

www.comune.castellanza.va.it

e-mail: comune@comune.castellanza.va.it comune@pec.comune.castellanza.va.it

Viale Rimembranze n. 4 – 21053 Castellanza (VA)

DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO HOUSING SOCIALE PER PADRI SEPARATI (non residenti)

ENTE INVIANTE

Comune di _____ via _____ cap. _____

Ufficio _____ nella persona di _____

CHIEDE

di ammettere il Sig. _____

nato/a _____ provincia _____ il _____ Sesso M F

cittadinanza _____ residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____ Provincia _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

e avente domicilio in *(indicare solo se diverso dalla residenza)*

Via/Piazza _____ n. _____ Comune _____ (Prov) _____

CHIEDE

al progetto sociale sperimentale "Housing Sociale per padri separati" e poter utilizzare il monolocale di proprietà del Comune di Castellanza sito in via _____; a tal fine,

DICHIARA

consapevole - ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e ai sensi degli artt. 75 e 77 delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci:

- che il sig. _____ presenta i requisiti richiesti per l'ammissione al progetto come da Protocollo di gestione del servizio (deliberazione G.C. n. ____/2016);
- che il sig. _____ ha necessità di usufruire del monolocale del Progetto Housing Sociale per n. ____ mesi, dal _____ al _____;



Responsabile del Settore Politiche Sociali: Dott.ssa Isabella Airoidi

Responsabile del procedimento: A.S. Francesca Mosca

Tel. 0331/526.252 – 0331/526.282 – 0331/526.248 – Fax 0331/502.852

e-mail: serv.sociali@comune.castellanza.va.it

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che i Servizi Sociali in sede di istruttoria, potranno esperire accertamenti tecnici ed ispezioni e richiedere esibizioni documentali;
- di impegnarsi a produrre la documentazione integrativa che si riterrà necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile, nei termini e modalità richiesti ai fini dell'istruttoria della domanda;
- di aver preso visione e di accettare i criteri di ammissione e il regolamento del Progetto indicati nel **Protocollo**;

L'ENTE INVIANTE

Comune di _____ si impegna a:

- vigilare sul corretto utilizzo dell'immobile da parte del proprio utente;
- provvedere al pagamento del costo mensile di € _____ (non frazionabile), comprensivo di utenze domestiche e spese condominiali, oltre al costo della pulizia finale di € _____, da versare al momento del rilascio dell'immobile;
- al pagamento di eventuali danni arrecati dall'utente durante la permanenza nell'immobile, riservandosi eventuale rivalsa nei suoi confronti.

Alla presente dichiarazione si allega la seguente documentazione:

1. Ultima dichiarazione dei redditi
2. Fotocopia della carta d'identità
3. Stato di famiglia
4. copia autentica della sentenza/verbale di separazione o sentenza divorzio o altro provvedimento emesso dal Tribunale o ricevuta deposito ricorso
5. decreto del Tribunale per i Minorenni

LUOGO E DATA _____

ENTE INVIANTE _____

BENEFICIARIO _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IDENTIFICATIVI (ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003 - "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI")



Responsabile del Settore Politiche Sociali: Dott.ssa Isabella Airoidi

Responsabile del procedimento: A.S. Francesca Mosca

Tel. 0331/526.252 – 0331/526.282 – 0331/526.248 – Fax 0331/502.852

e-mail: serv.sociali@comune.castellanza.va.it

Ai sensi del DLgs n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati richiesti dal presente modulo di domanda saranno utilizzati, comunicati e diffusi esclusivamente per gli scopi previsti dal progetto stesso e saranno oggetto di trattamento svolto con o senza l'ausilio di sistemi informatici nel pieno rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza ai quali è ispirata l'attività dell'Ente.

Titolare del trattamento dei dati forniti è il

ACCUSO RICEVUTA DELL'INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003 E AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI RILASCIATI

Luogo e data _____

FIRMA _____
(nome e cognome padre separato)

PER RICEVUTA:

COMUNE DI CASTELLANZA _____



Responsabile del Settore Politiche Sociali: Dott.ssa Isabella Airoidi

Responsabile del procedimento: A.S. Francesca Mosca

Tel. 0331/526.252 – 0331/526.282 – 0331/526.248 – Fax 0331/502.852

e-mail: serv.sociali@comune.castellanza.va.it