



Allegato "A" all'Avviso

DOMANDA DI ADESIONE ALL'AVVISO PER IL SOSTEGNO ABITATIVO COMUNITARIO IN REGIME DI AUTONOMIA (C.D. "COHOUSING") RIVOLTO A N. 3 DONNE, ANCHE CON MINORI, GIÀ VITTIME DI VIOLENZA, IN USCITA DAL CIRCUITO DI ACCOGLIENZA RESIDENZIALE DI CUI ALLA LEGGE REGIONALE 19 MARZO 2014, N. 4 "RIORDINO DELLE DISPOSIZIONI PER CONTRASTARE LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE IN QUANTO BASATA SUL GENERE E PER LA PROMOZIONE DI UNA CULTURA DEL RISPETTO DEI DIRITTI UMANI FONDAMENTALI E DELLE DIFFERENZE TRA UOMO E DONNA", DA ATTIVARSI PRESSO IDONEA UNITÀ IMMOBILIARE SITA NEL COMUNE DI CERVETERI (CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA) MESSA A DISPOSIZIONE DAL TRIBUNALE DI ROMA."

Modello di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (artt.46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

La presente domanda deve essere inoltrata o trasmessa, indicando quale oggetto "DOMANDA DI ADESIONE PROGRAMMA COHOUSING" anche mediante Email/PEC al seguente indirizzo:

Asilo Savoia
Piazza Santa Chiara, 14
00186 ROMA (RM)

Tel. 06684061
Web: www.asilosavoia.it

Email: info@asilosavoia.it
PEC: asilosavoia@pec.it

È **OBBLIGATORIO** ALLEGARE:

- EVENTUALE COPIA DEL PERMESSO DI SOGGIORNO DEL SOGGETTO BENEFICIARIO.
- COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOGGETTO BENEFICIARIO.
- NEI CASI DI SOGGETTI BENEFICIARI GIÀ INSERITI NEL PROGRAMMA AFFERENTI LE STRUTTURE RESIDENZIALI PER DONNE VITTIME DI VIOLENZA DI GENERE E' OBBLIGATORIO ALLEGARE UNA RELAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE CHE HA IN CARICO IL SOGGETTO.

Io richiedente, consapevole che i requisiti del soggetto beneficiario devono essere mantenuti per l'intera durata del beneficio (ove non diversamente specificato), pena la cessazione dello stesso

DICHIARO QUANTO SEGUE

QUADRO A

DATI DEL RICHIEDENTE

Compilare se il richiedente e il beneficiario sono la stessa persona

Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)

Nome

Codice Fiscale (*) *le domande prive del codice fiscale corretto del richiedente non saranno esaminate*

Data di nascita

Sesso (M o F)

Stato di cittadinanza

Comune di nascita

Provincia di nascita

Stato di nascita



	Indirizzo di residenza Comune di residenzaProvinciaCAP Documento di riconoscimento: TipoNumero Data di scadenza (gg/mm/aaaa) Rilasciato da: EnteLocalitàData (gg/mm/aaaa) Indirizzo presso il quale si intende ricevere la corrispondenza (solo se diverso dall'indirizzo di residenza) IndirizzoComuneProvinciaCAP
QUADRO A1 DATI DEL RICHIEDENTE Se il richiedente è un servizio territoriale o una struttura residenziale che ha in carico il beneficiario	Servizio Territoriale/ Struttura Residenziale Codice Fiscale/P.IVA (*) ComuneProvinciaStato Sede ComuneProvinciaCAP Contatti: Referente per il BeneficiarioTelefono E_mail



ULTERIORI EVENTUALI DATI PER LE COMUNICAZIONI	_____ Recapito telefonico (*) Indirizzo E-mail (*) eventuali comunicazioni verranno inviate al numero/email indicati.
QUADRO B DATI BENEFICIARIO Compilare solo se il beneficiario è DIVERSO dal richiedente	_____ Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale (*) <i>le domande prive del codice fiscale corretto del richiedente non saranno esaminate</i> _____ Data di nascita Sesso (M o F) Stato di cittadinanza _____ Comune di nascita Provincia di nascita Stato di nascita _____ Indirizzo di residenza _____ Comune di residenza Provincia CAP Documento di riconoscimento: _____ Tipo Numero _____ Data di scadenza (gg/mm/aaaa) Rilasciato da: _____ Ente Località Data (gg/mm/aaaa)
QUADRO D REQUISITI DI RESIDENZA E CITTADINANZA DEL BENEFICIARIO	RESIDENZA ☐ Residente continuativamente in Italia da almeno 2 anni al momento di presentazione della domanda (la residenza in Italia è inoltre richiesta per l'intera durata del beneficio) CITTADINANZA (selezionare una delle voci sottoindicate)



	☐ Cittadino italiano ☐ Cittadino comunitario ☐ Familiare di cittadino italiano o comunitario, non avente la cittadinanza di uno Stato membro che sia titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente <i>Indicare gli estremi del documento:</i> Numero del permesso _____ data di rilascio _____ (gg/mm/aaaa) Eventuale data di scadenza _____ (gg/mm/aaaa) Questura che ha rilasciato il permesso _____ ☐ Cittadino straniero in possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo, o apolide in possesso di analogo permesso <i>Indicare gli estremi del documento:</i> Numero del permesso _____ data di rilascio _____ (gg/mm/aaaa) Eventuale data di scadenza _____ (gg/mm/aaaa) Questura che ha rilasciato il permesso _____ ☐ Titolare di protezione internazionale (asilo politico, protezione sussidiaria)
QUADRO E SOTTOSCRIZIONE DICHIARAZIONE	Il richiedente, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76, del D.P.R. n.445 del 2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro che quanto espresso nel modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43, del citato D.P.R., ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti. Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che: • Le richieste saranno esaminate dall'IPAB nel rispetto del criterio cronologico di presentazione e il relativo sostegno abitativo, consistente nell'inserimento a titolo gratuito nell'unità immobiliare messa a disposizione dal Tribunale di Roma, avrà durata massima di 12 mesi rinnovabile di ulteriori 12 mesi • Modalità, termini e criteri per il corretto utilizzo dell'unità immobiliare disponibile, inclusi diritti e doveri delle donne ivi conviventi in regime di cohousing, saranno definiti dall'IPAB con apposito atto amministrativo, previa definizione di apposito patto di responsabilità, che sarà sottoscritto dalle



	beneficiarie in esito all'eventuale accoglimento delle relative istanze
	• Sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71, del D.P.R. n.445 del 2000 • La non veridicità del contenuto delle dichiarazioni comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati sulla base delle dichiarazioni non veritiere
	Luogo _____ Data _____ (gg/mm/aaaa)
	Firma del Richiedente _____ Firma del Beneficiario _____

Informativa sul trattamento dei dati personali (art.13 d.lgs. n.196/2003)

Il Raggruppamento IL.PP.A.B. Opera Pia Asilo Savoia, Pio Istituto della SS: Annunziata, Opera Pia Lascito G. e M. Achillini, il Comune di residenza del beneficiario e il Servizio Territoriale/Struttura residenziale del beneficiario, in qualità di titolari del trattamento dei dati personali, informano che i dati conferiti, anche con autocertificazione, sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini dell'erogazione del beneficio, che altrimenti non potrebbe essere attribuito.

I dati verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, con modalità anche informatizzate o telematiche a ciò strettamente funzionali, da parte del titolare del trattamento e del Gestore del servizio espressamente individuato nonché degli incaricati del trattamento. I diritti di cui all'art.7, d.lgs. n.196/2003 (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione ecc), potranno essere esercitati rivolgendosi all'Asilo Savoia, Piazza Santa Chiara, 14 – 00186 – Roma, Tel. 06 68 40 61 info@asilosavoia.it