

**ACER****Azienda Casa Emilia-Romagna
della Provincia di Ravenna****DOMANDA DI MOBILITA'**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

ASSEGNATARIO/A DI CASA POPOLARE IN _____

VIA _____ N. _____

SUPERFICIE MQ. _____ PIANO _____ INTERNO _____

RECAPITO TELEFONICO _____

**FA RICHIESTA DI CAMBIO ALLOGGIO AVENTE LE SEGUENTI
CARATTERISTICHE:**

SUPERFICIE MQ. _____ NUMERO CAMERE DA LETTO _____

PIANO _____ E/O DOTATO DI ASCENSORE _____

LUOGO _____

A TALE PROPOSITO DICHIARA DI AVERE DIRITTO AL SEGUENTE PUNTEGGIO (OVE
APPOSTA LA CROCETTA) IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE DEL NUCLEO FAMILIARE
ASSEGNATARIO COMPOSTO DA N° _____ PERSONE:**A – SOTTOUTILIZZO DELL'ALLOGGIO**

I punteggi sono calcolati in base alla seguente tabella:

SUPERFICIE NETTA ALLOGGIO MISURATA IN MQ (metri quadrati di superficie calpestabile)

mq	1 persona	2 persone	3 persone	4 persone	5 persone e oltre
fino a 54 mq	10* <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
da 55 a 75 mq	15 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
da 76 a 90 mq	20 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
oltre 90 mq	30 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

*Se l'alloggio è dotato di due camere da letto

B1 – SOVRAFFOLLAMENTO DELL'ALLOGGIO

I punteggi sono calcolati in base alla seguente tabella:

SUPERFICIE NETTA ALLOGGIO MISURATA IN MQ (metri quadrati di superficie calpestabile)							
mq	1 persona	2 persone	3 persone	4 persone	5 persone	6 persone	7 persone e oltre
fino a 54 mq	0 <input type="checkbox"/>	7** <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>
da 55 a 75 mq	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>
da 76 a 90 mq	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>
oltre 90 mq	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>

** Se l'alloggio è composto da una camera da letto ed i componenti non siano coniugi o conviventi more uxorio.

B2 – NUCLEO CON DISABILE O GRAVE PATOLOGIA CHE NECESSITA DI CAMERA SINGOLA

PUNTI 7 _____

Non si annovera fra i componenti il nucleo familiare assegnatario, neanche ai fini del presente punto, il personale addetto all'assistenza, ai fini dell'ulteriore vano.

C – CONDIZIONI SOCIALI

C1 Avvicinamento al luogo di cura e/o assistenza permanente, accertata e documentata dai competenti servizi socio-sanitari PUNTI 5 _____

C2 Gravi difficoltà economiche nel pagamento canone e spese condominiali, accertate dai competenti servizi socio-sanitari PUNTI 10 _____

C3 Condizioni sociali e di convivenza che rendano problematica la permanenza nell'alloggio, accertate dai competenti servizi socio-sanitari PUNTI 10 _____

C4 Avvicinamento al luogo di lavoro PUNTI 5 _____

D – INIDONEITA' DELL'ALLOGGIO

D1 Inidoneità oggettiva dell'alloggio per invalidità totale PUNTI 30 _____

D2 Patologie mediche che rendano parzialmente inidoneo l'utilizzo dell'alloggio, accertate e documentate dai competenti servizi socio-sanitari PUNTI 20 _____

TOTALE PUNTI _____

DICHIARA INOLTRE

- 1) DI ESSERE ASSEGNATARIO DI ALLOGGIO ERP DA ALMENO 2 ANNI;
- 2) DI NON ESSERE IN REGIME DI DECADENZA DALL'ASSEGNAZIONE E CHE POSSIEDE I REQUISITI PREVISTI PER LA PERMANENZA;
- 3) DI NON ESSERE IN REGIME DI ASSEGNAZIONE TEMPORANEA O DI PARCHEGGIO;
- 4A) DI ESSERE IN REGOLA CON IL PAGAMENTO DEI CANONI DI LOCAZIONE E DELLE ALTRE SPESE ACCESSORIE E/O CONDOMINIALI

OVVERO

- 4B) DI ESSERE IN GRAVE E COMPROVATA DIFFICOLTA' A PROVVEDERE AL REGOLARE PAGAMENTO DEL CANONE E DELLE SPESE CONDOMINIALI IN RAPPORTO ALLE CONDIZIONI FAMILIARI.

Si allegano i seguenti documenti:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

RAVENNA, Li _____

IL/LA RICHIEDENTE
IN FEDE
