




## DICHIARA INOLTRE

ai fini della collocazione in graduatoria di essere in possesso delle seguenti condizioni di punteggio (barrare con una x le condizioni che ricorrono):

### **1. Inidoneità dell'alloggio occupato a garantire normali condizioni di vita e di salute per la presenza nel nucleo familiare di componenti disabili con handicap motorio grave o comunque affetti da gravi problemi di salute di carattere permanente ed anziani:**

Presenza nell'ambito familiare di disabili con handicap motorio grave con invalidità pari al100% documentate con copia del verbale dell'apposita commissione o persone ultranovantenni

**Punti 5**

*(NB in caso di invalidità, allegare il certificato della Commissione di Prima Istanza per l'accertamento degli stati di invalidità.)*

Persone affette da gravi problemi di salute di natura prevalentemente motoria documentati da idonea certificazione medica;

**Punti 4**

Anziani ultrasessantacinquenni;

**Punti 3**

Situazione configurante stato di particolare disagio, rappresentato da apposita relazione sociale e tecnica dell'Ufficio della Cittadinanza del Comune o dai Servizi Specialistici dell'Azienda USL Umbria , tale da rendere l'alloggio inidoneo al nucleo familiare;

**Punti 2**

### **2. Sopravvenute variazioni del nucleo familiare che determinino il sottoutilizzo o il sovraffollamento secondo lo standard abitativo previsto dall'art. 12 del Regolamento Comunale**

#### **- sottoutilizzo**

n. 4 persone in meno rispetto allo standard abitativo **Punti 4**

n. 3 persone in meno rispetto allo standard abitativo **Punti 3**

n. 2 persone in meno rispetto allo standard abitativo **Punti 2**

n. 1 persona in meno rispetto allo standard abitativo **Punti 1**

#### **- sovraffollamento**

n. 4 persone in più rispetto allo standard abitativo **Punti 4**

n. 3 persone in più rispetto allo standard abitativo **Punti 3**

n. 2 persone in più rispetto allo standard abitativo **Punti 2**

n. 1 persona in più rispetto allo standard abitativo **Punti 1**

### **3. Necessità di avvicinamento al luogo di lavoro o di cura e di assistenza**

distanza dell'alloggio dal luogo di lavoro di almeno 20 Km. **Punti 1**

alloggio la cui ubicazione comporta particolare disagio nel raggiungere le strutture socio-sanitarie o il luogo di assistenza familiare **Punti 2**

**Il/la sottoscritto/a, dichiara di conoscere e aver preso visione del bando di mobilità e accettarne tutte le condizioni.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
li, \_\_\_\_\_  
**(luogo e data)**  
**IL RICHIEDENTE (\*)**

\_\_\_\_\_  
**(firma)**

*(\*) la domanda può essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto al ricevimento della stessa, o inviata, già sottoscritta con allegata copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, 445)*

*Il sottoscritto, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e ss.mm.ii., acconsente alla elaborazione dei dati personali da parte delle Amministrazioni pubbliche coinvolte (Comune, Regione dell'Umbria, Stato) ai fini del procedimento amministrativo della presente istanza. Si autorizzano pertanto i citati Enti a trattare, comunicare e diffondere i dati, anche con mezzi informatici, per finalità istituzionali e statistiche secondo le disposizioni ed i limiti di legge.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Li, \_\_\_\_\_  
**(Luogo e Data)**

**IL RICHIEDENTE**  
\_\_\_\_\_  
**(firma)**

**SI ALLEGA:**

- 1) Documento Identità**
- 2) Eventuale altra documentazione comprovante Invalidità e/o problemi motori, o disabilità.**

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MARINELLI MAURO

CODICE FISCALE: IT:MRNMRA63L23G478R

DATA FIRMA: 30/11/2018 11:12:21

IMPRONTA: 66353536666435616534363636326231636563313130626535653463336639316137316637373264