



Settore Pianificazione e Gestione del Patrimonio
Servizio Edilizia Privata e Urbanistica

MODULO DI RICHIESTA DI IDONEITÀ ALLOGGIATIVA

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ il _____
 di cittadinanza _____ c.f. _____
 residente a _____ (____) in via _____ n. _____
 Tel. (numero da contattare per fissare l'eventuale appuntamento per il sopralluogo) _____
 Passaporto/C.I. n. _____ rilasciato da _____ il _____

Titolare di:

1) Permesso di soggiorno

rilasciato dalla Questura di _____ il _____ con scadenza il _____

2) Carta di soggiorno/Permesso di soggiorno C.E. per soggiornanti di lungo periodo

rilasciato dalla Questura di _____ il _____

CHIEDE IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLOGGIATIVA

• per l'immobile

- in proprietà
- in locazione
- in comodato
- in uso in forza di contratto di portierato
- altro _____
- nel quale dimora a titolo di ospite (Si allega Comunicazione di ospitalità)

• sito in via _____ n. _____ a piano _____ a Garbagnate Milanese (MI)

• identificato al N.C.E.U. del suddetto comune al Foglio _____ Mapp/Part _____ Sub. _____

Ha già ottenuto attestazione di idoneità alloggiativa?

NO SÌ - N. PRATICA _____ in data _____

LA RICHIESTA È FINALIZZATA AD OTTENERE

Tabella A)

Allegati obbligatori

<input type="checkbox"/> Ricongiungimento familiare <input type="checkbox"/> Coesione familiare <input type="checkbox"/> Familiari al seguito	(Vedi pag.3) 1 2 3 4 5 6 7 8 9
---	---------------------------------------

Pagamento dei diritti di segreteria:

(*) se l'utente NON PRESENTA la SCHEDA DI RILEVAZIONE (All.9) e chiede il **sopralluogo** di un tecnico abilitato (Collegio dei Geometri)

10 **(€ 80,50)**

()** se l'utente PRESENTA la SCHEDA DI RILEVAZIONE (All.9) a firma di un **proprio tecnico** incaricato

11 **(€ 35,00)**

Tabella B)

Allegati obbligatori

<input type="checkbox"/> Rinnovo del permesso di soggiorno <input type="checkbox"/> Carta di soggiorno <input type="checkbox"/> Carta di soggiorno per coniuge o figli minori conviventi <input type="checkbox"/> Contratto di soggiorno per lavoro subordinato <input type="checkbox"/> Ingresso per lavoro autonomo <input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>) _____	(Vedi pag.3) 1 2 3 4 5 6 7
--	-----------------------------------

Pagamento dei diritti di segreteria:

()**

11 **€ 35,00**

ALLEGATI

1. copia carta d'identità o passaporto;
2. copia permesso/carta di soggiorno
(se il titolo è scaduto è necessaria anche la ricevuta di richiesta di rinnovo);
3. copia planimetria catastale dell'appartamento o, in alternativa, planimetria predisposta da un professionista iscritto all'Albo/Ordine;
4. se ricorre il caso, copia della Comunicazione di ospitalità
5. copia titolo di godimento del bene immobile (contratto di compravendita, locazione, comodato...)
6. 2 marche da bollo da € 16,00
 - 1 per richiesta (annullata) 1 al ritiro (annullata)
 - In caso di invio telematico: dichiarazione di assolvimento dell'imposta di bollo (marche da annullare al momento del ritiro)
7. in caso di ritiro da parte di persona diversa, DELEGA firmata dal richiedente, completa di fotocopia del documento di identità del delegato;
8. copia certificazione di conformità degli impianti elettrico e del gas;
Qualora non sia possibile reperire le dichiarazioni di conformità (solitamente in possesso del proprietario dell'alloggio), sarà possibile sostituirla (nei casi previsti) con la Dichiarazione di Rispondenza, ai sensi dell'art.7 comma 6 del D.M. 22 gennaio 2008, n. 37
9. **MOD. I.2** -SCHEDA DI RILEVAZIONE PER U.I. ai fini dell'accertamento dei requisiti igienico sanitari, a firma di un tecnico abilitato (il richiedente si impegna a garantire la propria presenza in sede di sopralluogo)
È possibile allegare una SCHEDA precedentemente rilasciata (da non più di 12 mesi) compilando la DICHIARAZIONE di corrispondenza al punto 3) della pagina successiva.
10. * attestazione di pagamento di € 80,50 su C.C. postale n.4741783 intestato a:
"Collegio Geometri e Geometri Laureati della Provincia di Milano — Gestione Convenzioni —
piazza Sant'Ambrogio, 21 - 20123 Milano
11. ** attestazione di pagamento di € 35,00, effettuato con una della seguenti modalità:
 - a) tramite il circuito **CBILL – PagoPA** , accessibile anche dal Sito Comunale
Ente: Comune di Garbagnate Milanese (P3770);
 - b) con presentazione dell'ordinativo di incasso provvisorio fornito dagli uffici comunali (senza costi aggiuntivi, per contanti o addebito in c/c per correntisti BPM) presso lo sportello della **Tesoreria Comunale** – Banco BPM - Agenzia n.01396 - via Verdi, Garbagnate Milanese;
 - c) mediante **bollettino postale** sul c/c **n.18844209** intestato a:
COMUNE DI GARBAGNATE MILANESE - TESORERIA COMUNALE
con causale: Diritti Segreteria per Idoneità Alloggiativa

Il sottoscritto, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI E DELLA PROPRIA RESPONSABILITÀ PENALE CHE ASSUME NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE E DI FALSITÀ DEGLI ATTI ai sensi dell'art.481 del Codice Penale e dell'art. 76 del T.U. approvato con **D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000**

DICHIARA

- 1) che i documenti allegati in copia alla presente domanda sono conformi agli originali
- 2) che attualmente l'alloggio è occupato oltre che da n. _____ componenti il nucleo familiare, anche da ulteriori n. _____ persone (*indicare di seguito nome, cognome, data di nascita, luogo, di tutte le persone residenti oppure ospiti il cui titolo al soggiorno è legato all'alloggio di cui si chiede l'idoneità*):

<i>Cognome e Nome</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>residente</i>	<i>ospite</i>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3) che si allega la SCHEDA di rilevazione dell'alloggio, per la verifica dei REQUISITI IGIENICO SANITARI, rilasciata precedentemente il _____ (da meno di 12 mesi) e che **NULLA è variato nelle condizioni dell'immobile.**

II/La sottoscritto/a autorizza il Comune di Garbagnate Milanese al trattamento dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti delle norme contenute nel D.Lgs.196 del 30 giugno 2003 e s.m.i.

FIRMA del/i cointestatario/i per assenso (se presente/i)

FIRMA del richiedente

~~~~~  
 Garbagnate Milanese, \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA dell'incaricato

FIRMA del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_