

**Amministrazione destinataria**

Comune di Morbegno

**Ufficio destinatario**

Finanze - Ragioneria



## Domanda di ampliamento del nucleo familiare in alloggio ERP per ascendenti e discendenti di primo grado

*Ai sensi dell'articolo 18, comma 1-bis del Regolamento Regionale 04/08/2017, n. 4*

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>						
Residenza											
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>				

**assegnatario di un alloggio di edilizia residenziale pubblica (ERP) collocato in**

Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

il rilascio dell'autorizzazione all'ampliamento del nucleo familiare

**inserendo il signor/la signora**

Cognome		Nome			Codice Fiscale						
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza						
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>						
Residenza											
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Sede lavorativa**

Provincia

Comune

Professione

Data dalla quale sarà ampliato il nucleo familiare

Stato Civile

**Grado di parentela**

- ascendente di primo grado
- discendente di primo grado

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)****Elenco degli allegati***(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- pagamento dell'imposta di bollo
- copia del documento d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

**Informativa sul trattamento dei dati personali***(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Morbegno

**Luogo****Data****il dichiarante**