



## ISTANZA DI CAMBIO ALLOGGIO (Ai sensi dell' art. 22 del R/R 4/2017 e ss.mm.ii.)

### Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

### Titolare del contratto di locazione di Servizi Abitativi Pubblici

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo (via e n. civico) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

SCALA \_\_\_\_ N° ALL. \_\_\_\_ PIANO \_\_\_\_ ASCENSORE  SI  NO

Da compilarsi a cura dell'ufficio:

TIPOLOGIA CONTRATTUALE: \_\_\_\_\_

DATA E NUMERO DI PROTOCOLLO: \_\_\_\_\_

Codice Business Partner SAP: \_\_\_\_\_

Numero istanza SAP: \_\_\_\_\_



## Possesso del requisito

Il RICHIEDENTE dichiara di essere in possesso di UNO dei seguenti requisiti:

NUCLEI FAMILIARI IN CUI SIANO PRESENTI UNO O PIU' COMPONENTI AFFETTI DA MINORAZIONI O MALATTIE INVALIDANTI CHE COMPORTINO UN **HANDICAP GRAVE** OVVERO UNA PERCENTUALE D'INVALIDITA' PARI O SUPERIORE AL 66% CERTIFICATA AI SENSI DELLA LEGISLAZIONE VIGENTE

**- PROBLEMATICHE CHE IMPEDISCONO LA PERMANENZA NELL'ALLOGGIO A SEGUITO DEI REQUISITI SOPRACITATI  
A TITOLO ESEMPLIFICATIVO E NON ESAUSTIVO**

- PIANO ALTO SENZA ASCENSORE
- ASCENSORE NON IDONEO
- PROBLEMI DI ACCESSIBILITA' NEI LOCALI
- PROBLEMI DI ACCESSIBILITA' ALLO STABILE
- BAGNO NON IDONEO
- AVVICINAMENTO AL LUOGO DI CURA
- HANDICAP PSICHICO

Firma .....

NUCLEI FAMILIARI IN CUI E' PRESENTE ALMENO UN COMPONENTE DI ETA' SUPERIORE **AI 65 ANNI**, CHE PRESENTANO DOMANDA PER L'**INIDONEITA' DELL'ALLOGGIO CONDOTTO IN LOCAZIONE PER PRESENZA DI BARRIERE ARCHITETTONICHE E/O PROBLEMI DI ACCESSIBILITA'** (ES. ALLOGGIO AD UN PIANO ALTO SENZA ASC.) E/O AVVICINAMENTO, DA PARTE DEL RICHIEDENTE, AL LUOGO DI CURA PER RAGIONI DI ASSISTENZA

**- PROBLEMATICHE CHE IMPEDISCONO LA PERMANENZA NELL'ALLOGGIO A SEGUITO DEI REQUISITI SOPRACITATI  
A TITOLO ESEMPLIFICATIVO E NON ESAUSTIVO**

- PIANO ALTO SENZA ASCENSORE
- ASCENSORE NON IDONEO
- PROBLEMI DI ACCESSIBILITA' NEI LOCALI
- PROBLEMI DI ACCESSIBILITA' ALLO STABILE
- BAGNO NON IDONEO
- AVVICINAMENTO AL LUOGO DI CURA

Firma .....



<b>NUCLEI FAMILIARI IN CONDIZIONI DI ANTIGIENICITA'</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• alloggio privo di servizi igienici interni</li><li>• servizi igienici interni non regolamentari, ovvero privi di servizi a rete (acqua, elettricità o gas) e riscaldamento</li><li>• tracce di umidità permanente dovuta a capillarità, condensa o idroscopicità ineliminabile con normali interventi di manutenzione</li></ul> per i quali sia stata accertata dall'ATS e confermata da un tecnico di MM S.p.A. la condizione di antigienicità.	<input type="checkbox"/>
<b>NUCLEI FAMILIARI IN CONDIZIONE DI INAGIBILITA'</b> <p>Si precisa che la domanda sarà valutata solo in seguito al sopralluogo di verifica delle condizioni dell'alloggio certificata da un tecnico competente di MM S.p.A., alloggio non abitabile per cedimenti strutturali o per cause che ne impediscono il regolare utilizzo</p>	<input type="checkbox"/>
<b>CAMBIO IN DIMINUZIONE</b> <p>Necessità di trasferimento in un alloggio di dimensioni inferiori</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1 persona in alloggio con metratura superiore a mq 46,01</li><li>2 persone in alloggio con metratura superiore a mq 55,01</li><li>3 persone in alloggio con metratura superiore a mq 65,01</li><li>4 persone in alloggio con metratura superiore a mq 80,01</li><li>5 persone in alloggio con metratura superiore a mq 93,01</li></ul>	<input type="checkbox"/>
<b>PROBLEMI CON IL VICINATO</b> <p>Situazioni con gravi problemi di incompatibilità con il vicinato, dovuta a motivi di rischio per l'incolumità personale, accertati dall'Autorità Giudiziaria o di Pubblica Sicurezza attraverso Sentenza e/o Ordinanza, per atti persecutori, aggressioni o maltrattamenti, anche morali, subiti dai componenti del nucleo familiare richiedente;</p>	<input type="checkbox"/>
<b>NUCLEI FAMILIARI CHE NECESSITANO DI AVVICINARSI AL LUOGO DI LAVORO:</b> Nei casi comprovati da certificazione del datore di lavoro che attesta gli orari e relative criticità	<input type="checkbox"/>
<b>SOVRAFFOLLAMENTO</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 o 2 persone in 1 vano abitabile = 17 mq</li><li>- 3 persone in 2 vani abitabili = 34 mq</li><li>- 4 o 5 persone in 3 vani abitabili = 50 mq</li><li>- 6 persone in 4 vani abitabili = 67 mq</li><li>- 7 o più persone in 5 vani abitabili = 84 mq</li></ul>	<input type="checkbox"/>
<b>CAMBIO CONSENSUALE</b> <p>non contrastanti con un efficiente utilizzo del patrimonio residenziale;</p>	<input type="checkbox"/>
<b>CAMBIO ALLOGGIO CANONE MODERATO/CONCORDATO:</b> <p>la mobilità dai servizi abitativi sociali ai servizi abitativi pubblici è ammessa nel caso di peggioramento della situazione economica del nucleo familiare, a condizione che l'ISEE del nucleo familiare rientri nei limiti previsti dall'art. 7 comma 1 lett. c.</p>	<input type="checkbox"/>



**Preferenze da indicare (ALMENO 2 E NON VINCOLANTI)**

- MUNICIPIO 1 (Centro Storico)
- MUNICIPIO 2 (Stazione Centrale, Gorla, Turro, Greco, Crescenzago)
- MUNICIPIO 3 (Città Studi, Lambrate, Venezia)
- MUNICIPIO 4 (Vittoria, Forlanini)
- MUNICIPIO 5 (Vigentino, Chiaravalle, Gratosoglio)
- MUNICIPIO 6 (Barona, Lorenteggio)
- MUNICIPIO 7 (Baggio, De Angeli, San Siro)
- MUNICIPIO 8 (Fiera, Gallaratese, Quarto Oggiaro)
- MUNICIPIO 9 (Stazione Garibaldi, Niguarda)

ALTRO DA SEGNALARE:

.....

.....

.....

.....

**NB:** in caso di rifiuto di proposta di assegnazione di alloggio idoneo riattato rispondente alle necessità del nucleo richiedente il cambio, proposto in Quartiere/Via diversa da quella indicate, la domanda verrà cancellata dalla lista d'attesa.

**SUPERFICIE:** la superficie minima e massima sarà stabilita in base alla composizione del nucleo applicando la tabella di cui all' art. 9 comma 2 del R/R 4/2017

Firma .....

(Intestatario del contratto)

In qualità di società incaricata alla gestione del Patrimonio del Comune di Milano comunichiamo che, al fine di agevolare l'evasione delle domande di cambio alloggio presenti nelle liste d'attesa è possibile sottoscrivere la volontà ad accettare un alloggio **nello stato di fatto**, ovvero, con lavori minimi da effettuare a carico utente senza rimborso.

SI

NO

Firma .....

(Intestatario del contratto)



**Nucleo familiare per il quale si chiede il cambio alloggio,  
incluso il richiedente**

<b>N.</b>	<b>COGNOME E NOME</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Codice Fiscale</b>	<b>Grado di parentela</b>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

IL/LA DICHIARANTE

.....

(Intestatario del contratto)



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(da compilare solo in caso di mancata documentazione che sia certificabile con un'autodichiarazione)

### AUTOCERTIFICAZIONE

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n.445 del 28 dicembre 2000 il sottoscritto **dichiara:**

- La veridicità di quanto riportato nelle pagine precedenti consapevole della responsabilità e delle sanzioni stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di false attestazioni e mendaci dichiarazioni.
- Di essere in possesso egli/ella stesso/a ed i componenti del proprio nucleo familiare dei requisiti di legge previsti per la permanenza negli alloggi di edilizia residenziale pubblica e in particolare non trovarsi nelle condizioni di decadenza indicate nell'art. 25 – Regolamento Regionale n. 4/2017
- Di essere in regola con il pagamento dei canoni e delle spese accessorie e con l'adempimento di tutti gli altri obblighi contrattuali. E' stato altresì informato che qualora la morosità venisse riscontrata in sede di offerta la stessa verrà definita secondo le procedure applicate da MM Spa anche successivamente alla stipula del contratto di locazione dell'alloggio di destinazione salvo che non sia in corso di valutazione da parte degli uffici una richiesta di contributo di solidarietà o sia già stato espresso parere favorevole all'erogazione.
- Acconsente sin d'ora affinché MM SpA effettui tutti i controlli ritenuti necessari relativamente all'autocertificazione resa.

IL/LA DICHIARANTE

.....

(Intestatario del contratto)



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI  
SERVIZI.**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,  
richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA / CHIEDE

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(luogo e data di consegna a sportello)

Il Dichiarante

.....

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 , la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.



## INFORMATIVA PRIVACY

Gentile sig./sig.ra

ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati c.d. "GDPR"), **MM SpA**, Responsabile del trattamento dei dati personali, Le fornisce le seguenti informazioni per conto del Comune di Milano, Titolare del trattamento.

Il trattamento dei dati personali, compresi quelli particolari (c.d. dati sensibili), è effettuato in coerenza con il Regolamento dei dati sensibili e giudiziari di cui alla Deliberazione di Giunta Comunale del 18/10/2012, n. 49, per la *gestione e l'esecuzione del contratto di locazione* stipulato con il Comune di Milano.

La gestione del contratto di locazione comporta il trattamento dei dati personali anche dei Suoi familiari che abitano presso l'immobile a Lei dato in locazione e, pertanto, la presente informativa, in base all'art. 14 del GDPR, è rilasciata anche per il trattamento dei dati relativi ai Suoi familiari.

I dati sono trattati con modalità informatizzata e/o manuale, conservati per la durata del contratto di locazione e/o per il tempo necessario alla gestione delle attività connesse alla conclusione del rapporto stesso.

I dati personali, non saranno diffusi a soggetti indeterminati, né trasferiti all'estero, ma potranno essere comunicati a soggetti terzi, pubblici e privati, in aderenza ad obblighi di legge (es. istituti di credito, professionisti/ società che operino per conto di MM SpA).

In qualità di interessata/o può esercitare i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del GDPR (accesso ai propri dati personali, rettifica, aggiornamento, cancellazione), e può opporsi al loro trattamento fatta salva l'esistenza di motivi legittimi da parte del Titolare. A tal fine può rivolgersi al Responsabile del trattamento - MM S.p.A. - via del vecchio Politecnico 8 - 20121 Milano, oppure al Comune di Milano in qualità di Titolare, via Larga, 12 - 20122 Milano. MM S.p.A. si avvale di un Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer "DPO") che può contattare via e-mail: [dpo@mmspa.eu](mailto:dpo@mmspa.eu)

Si informa infine che può proporre un eventuale reclamo all'Autorità di Controllo Italiana - Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma.

## NOTE PER L'UFFICIO (Riservato all'ufficio MM S.p.A.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA  
(in aggiunta a quanto consegnato in riferimento alla motivazione del cambio)**

AVVERTENZE:TUTTI I DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA DEVONO ESSERE PRESENTATI IN FOTOCOPIA, NON SI ACCETTANO ORIGINALI.

**Per tutti i componenti del nucleo familiare:**

- CARTA D'IDENTITA' O PERMESSO DI SOGGIORNO IN CORSO DI VALIDITA'
- CODICE FISCALE
- STATO DI FAMIGLIA AGGIORNATO ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA
- MOD. ISEE ORDINARIO
- Se non in possesso di redditi, estratto conto previdenziale INPS o autocertificazione di non aver prestato alcuna attività lavorativa nei sei mesi precedenti la presentazione della domanda
- VERBALE D'INVALIDITA' AGGIORNATO, nel caso in cui all'interno del nucleo familiare sia presente una persona con invalidità pari o superiore al 66%

**Firma .....**

(Intestatario del contratto)