



Amministrazione destinataria  
Comune di Pieve Emanuele

Ufficio destinatario  
Servizi Sociali Territoriali

## Domanda di ampliamento del nucleo familiare

### Il sottoscritto

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

### assegnatario dell'alloggio SAP di proprietà del comune sito in

Via	Numero
-----	--------

### COMUNICA

l'ampliamento del proprio nucleo familiare includendo le seguenti persone

persona 1

Cognome	Nome	Codice Fiscale
---------	------	----------------

persona 2

Cognome	Nome	Codice Fiscale
---------	------	----------------

persona 3

Cognome	Nome	Codice Fiscale
---------	------	----------------

persona 4

Cognome	Nome	Codice Fiscale
---------	------	----------------

persona 5

Cognome	Nome	Codice Fiscale
---------	------	----------------

### DICHIARA

di essere consapevole che qualora l'ampliamento comportasse la perdita di uno o più requisiti previsti per la permanenza nei servizi abitativi pubblici, l'Ente proprietario dichiarerà la decadenza dall'assegnazione

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)*

documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati  
*(specificare)*

### 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.

Pieve Emanuele

Luogo

Data

Il dichiarante