



## COMUNE DI PAVIA

P.zza Municipio 2 (cap.27100)  
Cod. Fisc. e Part. Iva 00296180185

### Settore Servizi Sociali e Abitativi U. O. A. - Coordinamento problemi abitativi

Protocollo del \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

## OSPITALITÀ TEMPORANEA (superiore a sei mesi)

### DATI DEL RICHIEDENTE

Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Telefono: casa \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
Indirizzo del posto di lavoro \_\_\_\_\_  
Utente intestatario di contratto \_\_\_\_\_ n. contratto \_\_\_\_\_  
Numero Attuale dei componenti del nucleo familiare: \_\_\_\_\_

### DATI DELL'UNITÀ IMMOBILIARE

Ubicata nel Comune di Pavia, via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
scala \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_ vani \_\_\_\_\_

### DATI DEI NUOVI SOGGETTI DA INSERIRE NEL NUCLEO

**PARENTE** (tipo di parentela \_\_\_\_\_)

**NON PARENTE**

Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Telefono: casa \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
Indirizzo del posto di lavoro: \_\_\_\_\_  
Motivo della richiesta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE DICHIARA CHE L'OSPITALITÀ NON SI PROTRARRÀ PER OLTRE UN ANNO E CHE AVVERRÀ A TITOLO GRATUITO NELLA CONSAPEVOLEZZA CHE IL SUB-AFFITTO CONFIGURA UN USO IMPROPRIO DELL'ALLOGGIO CHE COMPORTA LA REVOCA DELLA ASSEGNAZIONE**

**DOCUMENTI DA ALLEGARE:** fotocopia del documento d'identità del richiedente e dell'ospitato, eventuale permesso di soggiorno valido, certificato o autocertificazione stato di famiglia, documentazione o autocertificazione reddituale, dichiarazione assegnatario e ospitato di assistenza morale e materiale e di stabilità dell'ospitalità (per non parente).

Data richiesta \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

### PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Sovraffollamento sì no

Morosità sì no

**SI AUTORIZZA L'AMPLIAMENTO**

**NON SI AUTORIZZA L'AMPLIAMENTO**

Firma del Responsabile dell'ufficio \_\_\_\_\_