

(a cura dell'ufficio)

C.U. _____

C.F. _____

C.A. _____

Spett.le
ITEA S.p.A.
Settore Gestione dell'Abitare
Ufficio Casa e Anagrafe
Via Guardini, 22
38121 T R E N T O

Il/La sottoscritto/a locatario dell'alloggio sito in
..... Via nr..... (int.)
telefono nr. email, con la presente,

**CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE AD OSPITARE NELL'ALLOGGIO PER UN PERIODO
SUPERIORE A TRE MESI**

il /la signor/a

il /la signor/a

il /la signor/a

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE Nota: la motivazione è **obbligatoria** per i casi di deroga descritti nel paragrafo 3 "Istruzioni e chiarimenti" (ospitalità finalizzata a scopi di assistenza), mentre per gli altri casi viene rilevata a soli fini statistici:

.....
.....

E DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle **sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere**, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

- che il /la signor/a è..... nato/a a il
residenza anagrafica
cittadinanza - cod. fiscale
- che il /la signor/a è..... nato/a a il
residenza anagrafica
cittadinanza - cod. fiscale
- che il /la signor/a è..... nato/a a il
residenza anagrafica
cittadinanza - cod. fiscale

Riquadro da compilare solo qualora ricorrano le condizioni di seguito riportate ai fini della deroga del periodo massimo di 12 mesi di ospitalità (vedere paragrafo 3 " Istruzioni e chiarimenti"):

- il/la signor/a presta assistenza sulla base di un rapporto di lavoro a tempo pieno ed esclusivo in favore di (componente nucleo familiare bisognoso di assistenza). Allegare relativa certificazione medica rilasciata dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari o da altra struttura equiparata (sono escluse le certificazioni rilasciate dai medici di base);
- il/la signor/a (componente del nucleo/ospite da autorizzare) necessita di assistenza. Allegare certificazione medica rilasciata dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari o da altra struttura equiparata (sono escluse le certificazioni rilasciate dai medici di base).

NB: la presente modulistica è di proprietà dell'Istituto e non può essere riprodotta all'esterno senza autorizzazione scritta dell'Istituto.
La modulistica non può essere duplicata dal personale dell'Istituto.

**Informativa e consenso ai sensi del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali
UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio dd. 27/04/2016**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali UE 2016/679, il sottoscritto dichiara di essere informato che:

- le finalità del trattamento riguardano lo svolgimento delle funzioni istituzionali della Società ai sensi delle leggi vigenti ed in particolare della L.P. 7 novembre 2005, n. 15 del D.P.P. 12 dicembre 2011 n. 17-75/Leg Regolamento di esecuzione della L.P. 15/2005;
- il trattamento dei dati viene effettuato sia con strumenti elettronici (informatici e telematici) che manuali, comunque idonei a garantire la sicurezza dei dati stessi;
- il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio a pena di non ammissione ai benefici richiesti;
- ITEA S.p.A. è obbligata a raccogliere i dati forniti dall'interessato per adempiere alle disposizioni normative che disciplinano l'autorizzazione all'ospitalità;
- i dati non sono soggetti a diffusione, ma possono essere comunicati agli Enti Locali, alla Provincia Autonoma di Trento e ad Amministrazioni Statali, ai sensi della L.P. 15/2005 e del regolamento di esecuzione; inoltre possono essere messi a conoscenza dei responsabili e degli incaricati al trattamento;
- è fatto salvo, in ogni caso, il diritto di accesso ai documenti ai sensi della L.P. 30 novembre 1992, n. 23 e ss.mm. e del relativo Regolamento;
- è fatto salvo il diritto di chiedere l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del RGPD) mediante apposita istanza che può essere presentata al Titolare del Trattamento oppure al Responsabile della Protezione dei Dati (email: dpo@itea.tn.it);
- è fatto salvo altresì il diritto di proporre reclamo al Garante quale autorità di controllo oppure ricorso all'Autorità Giudiziaria, nel caso di violazione del Regolamento.

Ulteriori informazioni sono reperibili sul sito di ITEA S.p.A. alla pagina: <http://www.itea.tn.it/Chi-Siamo/Note-legali-e-Privacy> oppure sono disponibili presso gli Uffici di ITEA S.p.A..

DATA _____

FIRMA DEL LOCATARIO _____

- Sottoscritta in presenza del personale addetto a riceverla dopo aver accertato l'identità del richiedente
- Pervenuta unitamente a fotocopia di un documento d'identità o di riconoscimento del richiedente

ISTRUZIONI e CHIARIMENTI

1. L'istituto dell'ospitalità è indirizzato a coloro che **non entrano a far parte del nucleo familiare** (per nucleo familiare si intende quello risultante all'Anagrafe Comunale). Per entrare a far parte del nucleo familiare è necessario presentare preventiva domanda di autorizzazione all'inserimento.
2. **La richiesta di autorizzazione all'ospitalità deve essere presentata qualora la permanenza** nell'alloggio del soggetto o dei soggetti, che non entrano a far parte del nucleo familiare, si protragga per un periodo **superiore a 3 mesi**. Per periodi inferiori ai tre mesi non è necessaria l'autorizzazione. La richiesta di autorizzazione, qualora non firmata davanti al funzionario addetto a riceverla, deve essere corredata di copia fotostatica di un documento di identità o di riconoscimento del richiedente.
3. Si fa presente che **l'autorizzazione all'ospitalità** viene concessa per un **periodo massimo di 12 mesi** consecutivi, previa verifica dell'esistenza di determinati requisiti, quali assenza di morosità, di sovraffollamento, di conflittualità di vicinato. Scaduto il periodo massimo autorizzabile, l'ospitalità di un medesimo soggetto può essere nuovamente autorizzata decorsi almeno 12 mesi. **La durata massima di 12 mesi può essere derogata nel caso comprovato di ospitalità finalizzata a scopi di assistenza prestata:** a) sulla base di un rapporto di parentela o affinità entro il secondo grado; b) sulla base di un rapporto di lavoro a tempo pieno ed esclusivo; c) prevista nell'ambito di progetti di coabitazione supportati dal servizio di salute mentale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari. L'autorizzazione può essere revocata in qualsiasi momento qualora sia accertata la mancanza dei predetti requisiti.
4. In caso di **ospitalità non autorizzata** si provvede a segnalare l'ospitalità non autorizzata all'Ente Locale per la **revoca dell'assegnazione dell'alloggio**. In tal caso il nucleo familiare ospitante è tenuto a corrispondere il **canone massimo di mercato**.
5. Se il soggetto che si intende ospitare è un cittadino extracomunitario la domanda di ospitalità deve essere corredata del suo **regolare e valido permesso di soggiorno**. Qualora detto soggetto non sia ancora in possesso del permesso di soggiorno, il nucleo ospitante deve comunque dimostrare con altra documentazione la regolarità del soggiorno in Italia di tale soggetto.



ITEA SpA
ISTITUTO TRENINO
EDILIZIA ABITATIVA

*DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE
ALL'OSPITALITA'*

(a cura dell'ufficio)

Data: _____