



Allegato 1

VERBALE COMMISSIONE DEL _____

Il giorno _____ alle ore _____ presso la sede dell'ASP AMBITO 9, sita in
Via Gramsci n. 95 a Jesi

SI RIUNISCE LA COMMISSIONE, composta dai seguenti membri:

-
-
-
-
-
-

per la valutazione sull'idoneità del nucleo familiare, nonché del locatore che ne potrà direttamente usufruire, del Sig/Sig.ra _____ (Nome e Cognome del capofamiglia), nato/a _____ il _____, accolto presso la struttura SAI sita a _____ Via _____ n° _____ gestita dall'Ente attuatore _____, all'accesso al Fondo di Garanzia per le politiche abitative, costituito in favore di beneficiari in uscita dal Progetto SAI "Ancona Provincia d'Asilo".

CONSIDERATO che:

LA COMMISSIONE VALUTA IL NUCLEO:

- IDONEO**
- NON IDONEO**

Firma membri Commissione

***N.B.** Nelle considerazioni alla base della decisione finale, la Commissione dovrà specificare la sussistenza, o meno, dei requisiti previsti dal Regolamento per l'accesso al Fondo di garanzia.*