



*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.*