

**AL COMUNE DI SONDRIO
SERVIZIO SOCIALE /PIANO DI ZONA**

RICHIESTA EROGAZIONE CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEI NUCLEI FAMILIARI TITOLARI DI CONTRATTO DI LOCAZIONE SUL LIBERO MERCATO E SOTTOPOSTI A PROCEDURA DI SFRATTO PER MOROSITA' INCOLPEVOLE (Decreto Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti n. 202 del 14 Maggio 2014 - D. G. R. X/2648 del 14 Novembre 2014 – D.G.R XI/2974/2020).

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

NATO A.....PROV.....IL

CODICE FISCALE

RESIDENTE A SONDRIO IN VIACIV

DAL___/___/_____ (data di inizio residenza all'indirizzo indicato – sono esclusi dal beneficio i soggetti residenti nell'alloggio da meno di un anno alla data di presentazione della domanda).

TELEFONO.....

EMAIL.....

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

DICHIARA

DI ESSERE:

- Cittadino italiano/cittadino UE;
- Cittadino non appartenente all'UE in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità con scadenza il ___/___/_____ ;
- di essere Cittadino non appartenente all'UE in possesso di carta di soggiorno ;

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE, così come risultante dalla dichiarazione ISE/ISEE, è composto da (includere i dati del richiedente:

| | COGNOME | NOME | Data di nascita | Codice Fiscale | * | RELAZIONE (**) RICHIEDENTE |
|--|---------|------|-----------------|----------------|---|-------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

(*) Indicare il numero corrispondente ad una delle sottoelencate condizioni:

1. = anziano ultra settantenne. **2.** = minore (alla data di compilazione della domanda) **3.** = disabile con invalidità pari o superiore al 74% (allegato obbligatorio (4): copia certificato di invalidità) **4.** = componente del nucleo familiare in carico ai Servizi Sociali o alle competenti A.T.S. (indicare quale)

_____ per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale.

(**) Indicare la relazione con il richiedente (moglie, marito, figlio/a, genitore, altro).

DI ESSERE CONDUTTORE:

DELL'UNITÀ ABITATIVA SITA IN (via/viale/largo/piazza) (CiV)(int).....
(allegare copia contratto di locazione con estremi di registrazione):

CATEGORIA CATASTALE _____ (escluse dal beneficio le categorie catastali A/1, A/8 e A/9);

IN FORZA DI CONTRATTO DI LOCAZIONE STIPULATO IN DATA _____ E

REGISTRATO IN DATA _____;

AD UN CANONE ANNUO (ESCLUSE LE SPESE CONDOMINIALI) PARI AD €

DI ESSERE MOROSO nel pagamento del canone di affitto dal (mese/anno) _____ in relazione al contratto di locazione sopraindicato, per il quale è stata emessa l'intimazione di sfratto in data _____ (allegare copia intimazione di sfratto)

che, ad oggi, la procedura di sfratto è giunta sino a : (barrare la lettera che interessa)

a) convalida di sfratto, **b)** atto di precetto, **c)** preavviso di soggio, **d)** n. _____ accessi;

che la morosità, alla data di sottoscrizione della presente richiesta è pari ad €. ed è sopravvenuta a seguito di perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare per (barrare la/le situazione/i ricorrente/i):

- perdita del lavoro per licenziamento del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) / _____ (allegare copia lettera di licenziamento)
- riduzione dell'orario di lavoro del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ___ / _____ (allegare comunicazione di riduzione di attività lavorativa)
- cassa integrazione ordinaria o straordinaria del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ___ / _____ (allegare comunicazione di sospensione dal lavoro)
- mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) / (allegare copia del contratto di lavoro scaduto)
- cessazione di attività libero-professionale o di impresa registrata del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ___ / _____ (allegare visura camerale)
- malattia grave del/la Sig./Sig.ra ,dal (mese/anno) _____ / _____ per la quale sono state sostenute spese mediche pari ad

€ _____ (allegare copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera; copia delle fatture /ricevute fiscali relative alle spese mediche)

- infortunio del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) / __ per la quale sono state sostenute spese mediche pari ad € (allegare copia certificazione infortunio; copia delle fatture / ricevute fiscali relative alle spese mediche)
- decesso del/la Sig./Sig.ra in data (mese/anno) ___ / _____
- altro

DI AVER PRESO VISIONE DEL BANDO E DI ACCETTARNE INTEGRALMENTE LE CONDIZIONI;

DICHIARA INOLTRE DI AVERE:

- **un reddito I.S.E. non superiore ad € 35.000,00**
- **un valore I.S.E.E. non superiore ad € 26.000,00**

CHIEDE

di essere ammesso/a all'erogazione del contributo per morosità incolpevole, previsto dal Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti n. 202 del 14 maggio 2014, secondo le linee guida approvate da Regione Lombardia con D.G.R. n. XI/ 2974 del 23/03/2020.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la mancata produzione dei documenti da allegare obbligatoriamente, ovvero la produzione di documentazione incompleta o incongruente, determinerà l'impossibilità di riconoscere i benefici previsti dal Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti n. 202 del 14 maggio 2014.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere consapevole che l'erogazione del fondo è subordinata alla definizione delle somme a tal fine messe a disposizione da Stato e Regione, nonché dei criteri di erogazione.

ALLEGA

- Copia documento identità valido e codice fiscale (di tutti i componenti il nucleo) obbligatorio;
- Copia del permesso di soggiorno valido/carta soggiorno (per gli extra comunitari) obbligatorio;
- Copia del certificato di invalidità attestante la percentuale (per gli invalidi) obbligatorio;
- Copia del contratto di locazione debitamente registrato - obbligatorio;
- Copia dell'intimazione di sfratto - obbligatorio;
- Documentazione attestante perdita o riduzione del reddito (copia lettera licenziamento-copia comunicazione di riduzione attività lavorativa-copia comunicazione di sospensione dal lavoro-copia del contratto di lavoro scaduto-copia visura camerale) obbligatorio;
- Copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera;
- Copia certificazione infortunio;
- Copia delle fatture/ricevute fiscali relative alle spese mediche;

Sondrio, _____

_____ (firma del/la dichiarante)

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Si informa che il trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, forniti con la presente domanda è effettuato dal Comune di Sondrio, quale titolare del trattamento, nell'ambito delle attività istituzionali in conformità al Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e al D.Lgs. 196/2003 e smi e con il Decreto Ministeriale n. 202 del 14/05/2014. Il trattamento dei dati viene effettuato anche con l'utilizzo di procedure informatizzate ed è finalizzato all'espletamento delle attività, connesse e strumentali, alla gestione delle procedure amministrative volte anche a verificare le condizioni di morosità incolpevole ai fini dell'accesso ai relativi contributi.

Il trattamento dei dati raccolti attraverso il presente modulo, denominato "Richiesta erogazione contributo", è improntato ai principi di liceità e correttezza, di pertinenza e non eccedenza. Il conferimento dei dati (fatta eccezione per l'indirizzo email) è obbligatorio e l'eventuale rifiuto preclude la possibilità di partecipare alla procedura per accedere al contributo previsto dall'apposito Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli.

I dati raccolti non saranno oggetto di diffusione, ma saranno comunicati alla Prefettura territorialmente competente in applicazione del Decreto Ministeriale n. 202 del 14/05/2014; potranno inoltre essere comunicati ad altri soggetti pubblici purché previsto da specifiche disposizioni di legge o di regolamento.

I trattamenti saranno effettuati a cura delle persone fisiche preposte alla relativa procedura, designate come incaricati del trattamento. I dati potranno essere conosciuti dal Dirigente pro-tempore del settore servizi alla persona in qualità di Responsabile del trattamento, nonché dai soggetti che interverranno nelle attività procedurali opportunamente individuati e designati come Responsabili esterni del trattamento. L'interessato ha il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo la richiesta al Comune di Sondrio.

Sondrio, _____

(firma del/la dichiarante)