Allegato A

AL COMUNE DI ROVATO
UFFICIO PUBBLICA ASSISTENZA

SOSTEGNO AI NUCLEI FAMILIARI MOROSI INCOLPEVOLI, TITOLARI DI CONTRATTO DI LOCAZIONE SUL LIBERO MERCATO E SOTTOPOSTI A PROCEDURA DI SFRATTO
(D.G. Regione Lombardia X/5644 del 03/10/2016)
DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A……
NATO A……PROV……IL……
RESIDENTE A……IN VIA……
C.F……
TELEFONO……..EMAIL……

In qualità di:
□ Titolare del contratto di locazione nr. ……..
□ Delegato dal titolare del contratto di locazione - C.F (del delegato)……..
……in forza dell'atto di delega qui allegato

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 decadenze dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo D. P. R. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

DICHIARA

- di aver stipulato in data___/___/____e registrato in data___/___/____ il contratto di locazione per l'unità abitativa sita a Rovato

in Via ….....n.....

categoria catastale ……..

con il Signor/a(PROPRIETARIO/LOCATORE)

Cognome ……..... Nome ….....

C.F.....

TELEFONO……..EMAIL…….....

contratto di locazione con estremi di registrazione……

- di avere la residenza presso tale appartamento dalla data…....., **cioè da almeno un anno dalla stipula del contratto**

che il canone di locazione **ANNUO (ESCLUSE le spese condominiali) è** pari a €.....

- di essere:

□ Cittadino italiano / cittadino UE
□ Cittadino non appartenente all'UE in possesso di richiesta di rinnovo del permesso presentata in data ___/___/_____
□ 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**	**[*]**	**RELAZIONE [**] CON RICHIEDENTE**

(*) Indicare il numero corrispondente ad una delle sotto elencate condizioni:
1. anziano ultrasettantenne;
2. minore;
3. disabile con invalidita superiore a 74% (allegato verbale invalidita (1));
4. componente in carico ai Servizi Sociali e/o all'ASL (indicare il Servizio)_____.
(**) Indicare la relazione con il richiedente (moglie, marito, figlio/a, genitore, altro).

- DI ESSERE MOROSO nel pagamento del canone di affitto dal (mese/anno) ___/____ in relazione al contratto di locazione sopraindicato per il quale e stata emessa l'intimazione di sfratto in data ___/___/____.

- che, ad oggi, **la procedura di sfratto è giunta sino a:**

□ ricezione dell'atto di intimazione di sfratto per morosità con atto di citazione per la

convalida;
□ convalida di sfratto,
□ atto di precetto;
□ preavviso di rilascio.

- 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) ___/_____ (allegato obbligatorio [4]: copia lettera di licenziamento);

□ riduzione dell'orario di lavoro del/la Sig./Sig.ra …….... dal (mese/anno) ___/____ (allegato obbligatorio [5]: comunicazione di riduzione di attivita lavorativa);

□ cassa integrazione ordinaria o straordinaria del/la Sig./Sig.ra ……... dal (mese/anno) ___/____ (allegato obbligatorio [6]: comunicazione di sospensione dal lavoro);

□ mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico del/la Sig./Sig.ra…….....dal (mese/anno) ____/____ (allegato obbligatorio [7]:copia del contratto di lavoro scaduto);

□ cessazione di attività libero-professionale o di impresa registrata del/laSig./Sig.ra…….....dal (mese/anno) ___/____ (allegato obbligatorio [8]: visura camerale);

□ malattia grave del/la Sig./Sig.ra …….....dal (mese/anno) ___/____ per la quale sono state sostenute spese mediche pari ad € …….....(allegati obbligatorio [9]: copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera; [11]: 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 € …….....(allegati obbligatori: [10] copia certificazione infortunio; [11] copia delle fatture / ricevute fiscali relative alle spese mediche);

□ Decesso del/la Sig./Sig.ra ……. in data (mese/anno) ___/____

□ Altro ……

- di avere:
□ un reddito I.S.E. non superiore ad € 35.000,00 ;
□ un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore I.S.E.E. non superiore ad € 26.000,00

- la situazione patrimoniale e reddituale del nucleo familiare, ai fini delle verifiche necessarie per il proseguio della presente domanda, è quella dichiarata nell'allegato A

CHIEDE

di essere ammesso all'erogazione del contributo per morosità incolpevole,

previsto dal Decreto Ministeriale dei Trasporti del 30/03/2016, secondo le linee guida approvate da Regione Lombardia con D.G.R. n. X/5644/2016, finalizzato a (barrare almeno una delle seguenti ipotesi):

a) per sanare la morosità incolpevole accertata dal comune, qualora il periodo residuo del contratto in essere non sia inferiore ad anni due, con contestuale rinuncia all'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile (fino a un massimo di € 8.000,00);

b) per ristorare la proprietà dei canoni corrispondenti alle mensilità di differimento qualora il proprietario dell'immobile consenta il differimento dell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile per il tempo necessario a trovare un'adeguata soluzione abitativa all'inquilino moroso incolpevole (fino a un massimo di € 6.000,00);

c) assicurare il versamento di un deposito cauzionale per stipulare un nuovo contratto di locazione preferibilmente a canone concordato, ma anche a canone convenzionato o agevolato e comunque inferiore al libero mercato;

d) assicurare il versamento di un numero di mensilità relative a un nuovo contratto da sottoscrivere preferibilmente a canone concordato, ma anche a canone convenzionato o agevolato e comunque inferiore al libero mercato, fino alla capienza del contributo massimo complessivamente concedibile di € 12.000,00.

Si allega :
- □ Copia del contratto
- □ Copia certificazione ISE o ISEE
- □ copia intimidazione di sfratto
- □ copia carta identità

Data_____

Firma

Il sottoscritto 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 dalla Dgr X/5644/2016 e che l'erogazione del contributo è subordinata all'effettiva disponibilità delle risorse economiche trasferite da Regione Lombardia e fino ad esaurimento dei fondi.

Data_____ Firma_____

N.B. La firma è obbligatoria ai fini della validità della domanda. Allegare copia del documento di identità in corso di validità (DPR 445/2000 – art. 38 – comma 3). Informativa ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003, si informa che il trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, forniti con la presente domanda e effettuato dal Comune di Rovato, quale titolare del trattamento, nell'ambito delle attività istituzionali in coerenza con il Decreto Ministeriale 14/05/2014 n. 202 e con il Decreto Ministeriale 30/03/216.
I dati raccolti non saranno oggetto di diffusione, ma saranno comunicati – se necessario rispetto all'azione di differimento dello sfratto - alla Prefettura territorialmente competente in applicazione del Decreto Ministeriale 30/03/2016 (art. 6).

Data_____ Firma_____