

**Amministrazione destinataria**

Comune di Berchidda

Ufficio destinatario

Servizi Sociali

Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'assegnazione di contributi a favore di inquilini morosi incolpevoli

Ai sensi del Decreto Legge 31/08/2013, n. 102, del Decreto Ministeriale 30/03/2016

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

residente nell'indirizzo sopra indicato

Dal giorno	Al giorno
------------	-----------

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

di poter beneficiare del contributo a favore di inquilini morosi incolpevoli.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di essere cittadino

- italiano o cittadino dell'Unione Europea
- non appartenente all'Unione Europea in possesso del permesso di soggiorno in corso di validità
Scadenza permesso di soggiorno
- non appartenente all'Unione Europea in possesso di permesso di soggiorno di lungo periodo (carta di soggiorno)

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Codice fiscale	Condizioni particolari (*)	Grado di parentela (**)

Condizioni particolari ():*

1 = anziano ultrasettantenne, 2 = minore (alla data di compilazione della domanda), 3 = disabile con invalidità pari o superiore al 74% (in questo caso occorre allegare copia del certificato di invalidità), 4 = componenti del nucleo familiare in carico ai servizi sociali o alle competenti ATS

*Grado di parentela (**):*

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente che l'appartamento di cui è inquilino, che è a uso abitativo e non appartiene alle categorie catastali A1, A8 e A9, è collocato in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

il cui proprietario è

Cognome	Nome	Telefono	E-mail

il contratto di locazione (affitto) è stato stipulato e registrato nelle seguenti date

Data contratto di locazione (affitto)	Data registrazione contratto di locazione (affitto)

ad un canone annuo (escluse le spese condominiali) pari a

Canone annuo (escluse le spese condominiali)
<input type="text"/> €

che non paga il canone d'affitto, in relazione al contratto di locazione sopra indicato, dal (mese/anno)

Periodo mancato pagamento
<input type="text"/>

pertanto alla data di presentazione di questa domanda i pagamenti arretrati corrispondono a un totale di

Totale pagamenti arretrati
<input type="text"/> €

che non è stato in grado di pagare l'affitto per

perdita del lavoro per licenziamento di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

pertanto allega copia della lettera di licenziamento

riduzione dell'orario di lavoro di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

pertanto allega copia della comunicazione di riduzione dell'attività lavorativa

cassa integrazione ordinaria o straordinaria di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

pertanto allega copia della comunicazione di sospensione dal lavoro

mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

pertanto allega copia del contratto di lavoro scaduto

cessazione di attività libero-professionale o di impresa registrata di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

pertanto allega copia della visura camerale

malattia grave di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

Importo spese mediche

€

pertanto allega copia del certificato medico e delle fatture o ricevute fiscali delle spese mediche

infortunio di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

Importo spese mediche

€

pertanto allega copia della certificazione dell'infortunio e delle fatture o ricevute fiscali delle spese mediche

decesso di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

altro

Specificare la causa

che l'intimazione di sfratto è stata emessa il

Data emissione intimazione di sfratto

e ad oggi la procedura di sfratto è giunta sino a

convalida di sfratto

atto di precetto

preavviso di soggio (ex 608)

numero accessi dell'ufficiale giudiziario (specificare)

di essere in possesso di attestazione ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

DICHIARA INOLTRE

- di non essere, né il richiedente né nessun componente del nucleo familiare, titolare di diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione nella provincia di residenza di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del proprio nucleo familiare
- di non beneficiare, unitamente a tutti i componenti del nucleo familiare utilizzatori dell'alloggio, di altri contributi o provvidenze provenienti da programmi o interventi simili
- di non beneficiare per le stesse mensilità del reddito di cittadinanza
- di trovarsi nella situazione in cui il reddito ISE non è superiore a 35.000,00 € o un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore ISEE non superiore a 26.000,00 € *(al momento della presentazione della domanda)*
- di essere consapevole che la mancata consegna dei documenti obbligatori da allegare o la produzione di documentazione incompleta o incongruente, determinerà l'impossibilità di riconoscere i benefici previsti dal Decreto Ministeriale 14/05/2014, n. 202, dal Decreto Ministeriale 30/04/2016 e dalla normativa regionale vigente
- di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla definizione delle somme a tal fine messe a disposizione da Stato e Regione, nonché dai criteri di erogazione
- di accettare tutte le condizioni contenute nel bando
 - di essere in carico ai servizi sociali per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale
 - di non essere in carico ai servizi sociali per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale
 - di essere in carico alle aziende sanitarie locali competenti per il territorio per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale
 - di non essere in carico alle aziende sanitarie locali competenti per il territorio per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale

COMUNICA

i seguenti estremi per l'accreditamento sul c/c postale o bancario

Codice IBAN	
<input type="text"/>	
Cognome intestatario	Nome intestatario
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia dell'attestazione ISEE
- copia del contratto di locazione
- copia dell'intimazione di sfratto e successivi atti del tribunale
- copia dell'accordo sottoscritto dal locatore e dal locatario
- documentazione a supporto della domanda (copia della lettera di licenziamento, copia della comunicazione di riduzione dell'attività lavorativa, ecc.)
- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- copia del documento d'identità di tutti i componenti del nucleo
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Berchidda

Luogo

Data

il dichiarante