

FAC-SIMILE DOMANDA PER DESTINATARI CATEGORIE 1 E 2

Il sottoscritto _____

residente nel Comune di _____

Numero di documento di identità _____

CF _____

Prov.(____) via _____

n° _____ Tel. _____ cell. _____

e-mail _____

CONTO CORRENTE DEL **PROPRIETARIO** DELL'ALLOGGIO (IBAN)-----

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 496 del Codice Penale in caso di dichiarazione mendace, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/28.12.2000 e successive modifiche

DICHIARA

di aver preso visione dell'Avviso pubblico per l'erogazione di contributi a favore di inquilini in condizione di "morosità incolpevole" titolari di contratti di locazione sul libero mercato.

- Dichiaro di rientrare nei destinatari individuati dall'avviso pubblico, nello specifico (barrare la situazione ricorrente):
 - 1- Nuclei famigliari con morosità incolpevole ridotta, per sopravvenuta impossibilità a provvedere al pagamento del canone locativo a ragione della perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare, **collegate alla crisi dell'emergenza sanitaria 2020**
 - 2- Nuclei familiari non in situazione di morosità, ma in difficoltà al mantenimento dell'abitazione in locazione per sopravvenute difficoltà economiche per l'emergenza sanitaria, **collegate alla crisi dell'emergenza sanitaria 2020**
 - 3- Nuclei famigliari con morosità incolpevole ridotta, per sopravvenuta impossibilità a provvedere al pagamento del canone locativo a ragione della perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare
 - 4- Nuclei familiari non in situazione di morosità, ma in difficoltà al mantenimento dell'abitazione in locazione per sopravvenute difficoltà economiche

▪ di essere (barrare la situazione ricorrente):

1. Cittadino italiano/cittadino UE;
 2. Cittadino non appartenente all'UE in possesso di regolare titolo di soggiorno, numero _____ data di scadenza _____
- di non essere sottoposti a procedure di rilascio dell'abitazione;
 - di non essere in possesso di alloggio adeguato in Regione Lombardia;
 - che nessun componente del nucleo familiare indicato nella domanda è titolare di diritti di proprietà, usufrutto, uso o abitazione su altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del proprio nucleo familiare nella provincia di Milano.
 - essere residenti in un alloggio in locazione **da almeno un anno**, a partire dalla data del presente provvedimento
 - di essere in possesso di Certificazione ISEE 2019 o 2020 (v. allegato)
 - di essere in una situazione di morosità incolpevole di massimo 4 mensilità
 - di non essere in situazione di morosità
 - di essere percettore del Reddito di cittadinanza, e di ricevere una quota mensile pari a €.....
 - di NON essere percettore del Reddito di cittadinanza;
 - di essere percettore di reddito o pensione di cittadinanza e di ricevere una quota mensile pari a € _____
 - di non essere in carico ai Servizi Sociale del Comune di _____
 - di essere in carico ai Servizi Sociali del Comune di _____ indicare il nominativo dell' assistente sociale di riferimento _____
 - di presentare domanda per sé e il nucleo familiare sotto indicato:

COGNOME E NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE	RELAZIONE DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE
			richiedente

- di essere conduttore dell'unità abitativa sita in via n. civico dati catastali: Foglio..... Mappale Subalterno.....; in forza di contratto di locazione sottoscritto con:

il signor (inserire il nome del proprietario-locatore)C.F.....

telefono indirizzo e mail

stipulato in data (inserire data stipula originaria) ___/___/_____ e registrato in data

___/___/_____ (**allegare copia del contratto di locazione con estremi di registrazione**) ad un canone annuo (escluse le spese condominiali) pari ad €

- che la morosità, alla data di sottoscrizione della presente richiesta è pari ad €.....(in lettere) ed è aggravata e/o sopravvenuta a seguito della crisi dell'emergenza sanitaria 2020:

- perdita del lavoro per licenziamento del/la Sig./Sig.ra dal (indicare mese/anno): ___/___;
- riduzione dell'orario di lavoro del/la Sig./Sig.ra dal (indicare mese/anno): ___/___
- cassa integrazione ordinaria o straordinaria o cassa in deroga o FIS del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno): ___/___
- mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico del/la Sig./Sig.ra dal (indicare mese/anno): ___/___
- cessazione di attività libero-professionale o di impresa registrata del/la Sig./Sig.radal (indicare mese/anno) ___/___);
- malattia grave del/la Sig./Sig.ra dal (indicare mese/anno) ___/___ ();
- decesso per Covid-19 del/la Sig./Sig.ra..... in data (indicare mese/anno) ___/___ e indicare grado di parentela

Il Sottoscritto si impegna a produrre ad A.S.S.E.M.I tutta la documentazione integrativa che A.S.S.E.M.I. riterrà necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile che gli verrà richiesta. Il non rispetto della tempistica dell'integrazione documentale determina la decadenza dell'istanza stessa.

Dichiara altresì di essere a conoscenza che A.S.S.E.MI., ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 71 e seguenti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445, procederà ad effettuare idonei controlli a campione e in tutti i casi in cui dovessero sorgere fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 del citato DPR.

La presente domanda ha validità 12 mesi dalla data di presentazione, decorsi i quali, in caso di mancato accoglimento per carenza dei requisiti o dei fondi messi a disposizione, cesserà automaticamente e il richiedente verrà cancellato d'ufficio.

Luogo e data _____

Firma _____

Informativa – Consenso Privacy

Ai sensi del Regolamento 2016/679/UE (Regolamento generale sulla protezione dei dati – di seguito GDPR) e delle disposizioni ancora applicabili del D.Lgs. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs 101/18, i dati personali da Lei comunicati saranno oggetto di trattamento da parte di A.S.S.E.MI. (da considerarsi Titolare" ai sensi del D.Lgs. N. 196/2003), anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente per la finalità per la quale è stata effettuata la richiesta, potranno essere comunicati a: ad altri enti pubblici nell'ambito dell'istruttoria per l'assegnazione del contributo regionale; il richiedente ha diritto ai sensi dell'art. 7 del citato decreto legislativo di accedere ai propri dati personali, di conoscere la loro finalità e le modalità di trattamento chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione di dati erronei, incompleti o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi;

Il conferimento dei dati è facoltativo; l'eventuale mancato consenso al rispettivo trattamento renderà impossibile al nostro Ente la presa in considerazione della richiesta da Lei presentata.

luogo e data

firma
