

AL COMUNE DI SIZIANO

Capofila dell'Ambito Distrettuale dell'Alto e Basso Pavese
Piazza Giacomo Negri 1
27010 – Siziano (PV)

DOMANDA

MOROSITA' INCOLPEVOLE

DGR 2974 DEL 23/03/2020

IL SOTTOSCRITTO _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

IN VIA _____ n. _____

DAL ____ / ____ / ____ TEL. _____

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della 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

alla data di presentazione della presente richiesta

- di essere residente nel comune di _____
- di essere cittadino italiano / cittadino UE
- di essere cittadino di stato non appartenente all'UE con permesso/carta di soggiorno in corso di validità/ in fase di rinnovo (allegato obbligatorio: punto 2 o 3 a seconda della situazione)

✓ **DI ESSERE CONDUTTORE**

DELL'UNITA' ABITATIVA SITA A _____

IN VIA _____ n. _____

IN FORZA DEL CONTRATTO DI LOCAZIONE (allegato obbligatorio: punto 4) SOTTOSCRITTO CON:

NOME E COGNOME (se persona fisica)	
RAGIONE SOCIALE (se persona giuridica)	
CODICE FISCALE	
PARTITA IVA (se persona giuridica)	
TELEFONO	

✓ **CHE IL CONTRATTO DI LOCAZIONE** di cui sopra è così individuato

DATA DI STIPULA	
LUOGO DI REGISTRAZIONE	
DATA DI REGISTRAZIONE	
N° REGISTRAZIONE	
CANONE ANNUO (ESCLUSE SPESE CONDOMINIALI)	

✓ **DI ESSERE MOROSO** nel pagamento del canone di locazione dal (mese/anno) ____/____ di cui al contratto sopra indicato, per il quale è stata emessa intimazione di sfratto in data ____/____/____ (allegato obbligatorio: punto 5)

✓ Che, ad oggi la procedura di sfratto è giunta sino a

- convalida di sfratto
- atto di precetto
- preavviso di soggio in data ____/____/____

✓ Che la morosità al momento della presente domanda è pari a € _____ ed è intervenuta a seguito di perdita/riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare per:

- perdita del lavoro per licenziamento del sig. _____ dal ____/____/____ (allegato obbligatorio: punto 6)
- riduzione dell'orario di lavoro del sig. _____ dal ____/____/____ (allegato obbligatorio: punto 7)
- cassa integrazione ordinaria o straordinaria del sig. _____ dal ____/____/____ (allegato obbligatorio: punto 8)
- mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico del sig. _____ dal ____/____/____ (allegato obbligatorio: punto 9)
- cessazione/perdita avviamento di attività libero-professionale o di impresa del sig. _____ dal ____/____/____ (allegato obbligatorio: punto 10)
- malattia grave del sig. _____ dal (mese/anno) ____/____ per la quale sono state sostenute spese mediche pari a € _____ (allegati obbligatori: punti 11 e 13)
- infortunio del sig. _____ dal (mese/anno) ____/____ per la quale sono state sostenute spese mediche pari a € _____ (allegati obbligatori: punti 12 e 13)

decesso del sig. _____ in data
_____/_____/_____

altro: _____

(documentazione da allegare da valutare in base alla circostanza)

✓ **DI AVERE:**

- un reddito I.S.E. non superiore ad € 35.000,00 (allegato obbligatorio: punto 15)
- un valore I.S.E.E. non superiore ad € 26.000,00 (allegato obbligatorio: punto 15)

✓ **CHE LA SITUAZIONE PATRIMONIALE E REDDITUALE** del nucleo familiare, ai fini delle verifiche per la presentazione di questa domanda è quella di cui alla dichiarazione ISEE e della documentazione fiscale richiesta (allegato obbligatorio: punti 14- 15-16);

✓ **CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE È COSÌ COMPOSTO (compreso richiedente)**

N.	Codice Fiscale	Cognome e Nome	Data di nascita	Invalidità (SI/NO e se sì in che percentuale)
1				
2				
3				
4				
5				

CHIEDE

di essere ammesso all'erogazione del contributo per morosità incolpevole come da Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 30.03.2016 e dalle linee guida approvate da Regione Lombardia con DGR 2974/2020 finalizzato a:

- 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;
- 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;
- assicurare il versamento di un deposito cauzionale per stipulare un nuovo contratto di locazione e la copertura delle spese necessarie per l'avvio della stessa;
- assicurare il versamento di un numero di mensilità relative a un nuovo contratto da sottoscrivere a canone concordato
- altra soluzione: _____

AUTORIZZA

- ✓ a contattare il locatore per il completamento di tutte le procedure utili ai fini dell'erogazione del contributo oggetto di richiesta
- ✓ a rendere disponibili ai competenti uffici regionali, secondo le modalità che verranno dagli stessi indicati, i dati personali e le informazioni acquisite dal Comune al fine di consentire azioni di monitoraggio e valutazione dell'iniziativa di cui trattasi

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la mancata produzione dei documenti da allegare obbligatoriamente (elenco allegati obbligatori), 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 del 30 marzo 2016 e dalla DGR 2974/2020.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinato alla valutazione del progetto di fronteggiamento dell'emergenza abitativa e alla disponibilità residua delle somme stanziare da Stato e Regione.

Data _____

Firma _____

N.B. La firma è obbligatoria ai fini della validità della domanda.

Informativa e consenso al trattamento dei dati:

In base a quanto disposto dall'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea, sono informato circa il trattamento dei miei dati personali e in particolare che:

- devono essere necessariamente forniti, per accertare la situazione economica del nucleo del dichiarante, i requisiti per l'accesso al contributo e la determinazione del contributo stesso;
- sono raccolti dal Comune e trattati, anche con strumenti informatici, al solo fine di erogare il contributo e per le sole finalità connesse e strumentali previste dal presente bando;
- possono essere trasmessi alla Prefettura e a Regione Lombardia, nonché essere comunicati al Ministero delle Finanze e alla Guardia di Finanza per i controlli previsti.

Sono consapevole che posso rivolgermi, in ogni momento, ai responsabili del trattamento dei dati per farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, posso chiederne il blocco e oppormi al loro trattamento, se trattati in violazione del Regolamento (UE) 2016/679.

Nel caso la richiesta del titolare dei dati renda improcedibile l'istruttoria, il contributo richiesto non sarà erogato. Il Comune e la Regione sono i titolari del trattamento dei dati.

Data _____

Firma _____

ELENCO ALLEGATI OBBLIGATORI (da presentare a supporto di quanto dichiarato nella domanda e per i quali potrà essere richiesta l'esibizione degli originali).

- [1] copia del documento di identità in corso di validità
- [2] copia del permesso di soggiorno o della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno
- [3] copia della carta di soggiorno
- [4] copia contratto di locazione con estremi di registrazione
- [5] copia intimazione di sfratto e atti successivi se esistenti
- [6] copia lettera di licenziamento
- [7] copia comunicazione di riduzione attività lavorativa
- [8] copia comunicazione di sospensione dal lavoro
- [9] copia del contratto di lavoro scaduto con dichiarazione di mancato rinnovo
- [10] copia visura camerale
- [11] copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera
- [12] copia certificazione infortunio
- [13] copia delle fatture/ricevute fiscali relative alle spese mediche per l'evento intervenuto che ha determinato il forte calo di reddito
- [14] copia di certificazione I.S.E.E. ORDINARIO in corso di validità e copia Dichiarazione Sostitutiva Unica
- [15] Dichiarazione sostitutiva di certificazione dei redditi del nucleo familiare
- [16] Dichiarazione sostitutiva relativa alla titolarità di diritti reali su beni immobili ad uso abitativo (mod. 1)
- [17] copia dell'eventuale certificato di invalidità dei componenti del nucleo, ai fini della priorità di assegnazione

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
RELATIVA ALLA TITOLARITA' DI DIRITTI REALI SU BENI IMMOBILI AD USO ABITATIVO**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

IN VIA _____

TELEFONO _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- CHE NESSUN COMPONENTE** del nucleo familiare indicato nella domanda, alla data di presentazione della stessa, è titolare di diritti di proprietà, usufrutto, uso o abitazione su alloggio adeguato alle esigenze nel nucleo familiare in Provincia di Pavia (art. 8, lettera g) del Regolamento Regionale n. 1 del 10/02/2004)
- CHE I SEGUENTI COMPONENTI** del nucleo familiare indicato nella domanda, alla data di presentazione della stessa, sono titolari di diritti di proprietà o altri diritti reali di godimento su beni immobili ad uso abitativo in Provincia di Pavia (allegato obbligatorio: punto 18)

N. progr. Comp. (*)	COMUNE	UBICAZIONE	POSSESSO (**)	% POSS.	SUPERFICIE (***)	CAT. catastale

(*) seguire l'ordine indicato nella domanda

(**) specificare se trattasi di proprietà, usufrutto uso o abitazione.

(***) indicare la superficie utile

Data _____

Firma _____

N.B. La firma è obbligatoria ai fini della validità della dichiarazione.

Informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea

Vedi informativa ultima pagina della domanda di erogazione contributo

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEI REDDITI DEL NUCLEO FAMILIARE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

IN VIA _____

TELEFONO _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità**DICHIARA**

che i seguenti componenti del nucleo familiare hanno percepito un reddito complessivo ai fini IRPEF pari a:

Componente (*)	REDDITO ANNO (1)	REDDITO ANNO (2)	ALTRA ANNUALITA' _____	INCIDENZA % CALO REDDITO
TOT				

(*) seguire l'ordine indicato nello stato di famiglia

(1) anno precedente a quello in cui si è verificato l'evento causa di morosità

(2) anno dell'evento

che le spese mediche sostenute per grave malattia o infortunio sono risultate pari a:

SPESE ANNO (1) _____	SPESE ANNO (2) _____	SPESE ANNO (2) _____

(1) anno in cui si è verificato l'evento causa di morosità

(2) anni successivi a quello di cui alla nota (1)

Data _____

Firma _____

N.B.

La firma è obbligatoria ai fini della validità della dichiarazione.

Informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea

Vedi informativa ultima pagina della domanda erogazione contributo