

**SOSTEGNO AI NUCLEI FAMILIARI MOROSI INCOLPEVOLI,
TITOLARI DI CONTRATTO DI LOCAZIONE SUL LIBERO MERCATO
E SOTTOPOSTI A PROCEDURA DI SFRATTO.**

**(Decreto Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti n.202 del 14/5/14 -
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 TRAVAGLIATO IN VIA _____

TELEFONO _____ EMAIL _____

In qualità di:

Titolare del contratto di locazione C.F. _____

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 in Travagliato, in Via _____ n. _____ categoria catastale
_____ **(sono escluse le categorie A1, A8 e A9)**

con il Signor/a (PROPRIETARIO/LOCATORE) (allegato obbligatorio [2]: copia contratto di locazione con
estremi di registrazione)

cognome _____ nome _____

C.F. _____ TELEFONO _____

◆ di avere la residenza presso tale appartamento dalla data _____, **cioè da almeno un anno
dalla stipulazione 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 permesso di soggiorno in corso di validità con scadenza il
___/___/___

Cittadino non appartenente all'UE in possesso di richiesta di rinnovo del permesso presentata in data
___/___/___

Cittadino non appartenente all'UE in possesso di permesso di soggiorno con scadenza illimitata.

◆che il proprio nucleo familiare, così come risultante dalla dichiarazione ISE/ISEE, è composto da (includere i dati del richiedente):

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>(*)</i>	<i>Relazione (**)</i>
				Richiedente

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

1. anziano ultrasettantenne

2. minore

3. disabile con invalidità superiore a 74% (allegato verbale invalidità (1))

4. componente in carico ai Servizi Sociali e/o all'ATS (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 è stata emessa l'intimazione di sfratto in data ___/___/____. (allegato obbligatorio [3]: copia intimazione di sfratto)

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

convalida di sfratto,

atto di precetto,

preavviso di soggio;

◆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 attività 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/la Sig./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) ___/___.

◆di avere un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore I.S.E.E. non superiore ad € 26.000,00 (allegato obbligatorio [12]: copia della certificazione in corso di validità)

◆CHE LA SITUAZIONE IMMOBILIARE del nucleo familiare, ai fini delle verifiche necessarie per il prosieguo della presente domanda, e quella dichiarata nell'allegato A.

CHIEDE

Di essere ammesso 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. X/2648 del 14 novembre 2014, finalizzato a (barrare almeno una delle tre ipotesi):

- sottoscrivere con il proprietario dell'alloggio un nuovo contratto a canone concordato;
- consentire il versamento di un deposito cauzionale per stipulare un nuovo contratto di locazione;
- al ristoro, anche parziale, del proprietario dell'alloggio che sia disponibile a consentire il differimento dell'esecuzione del provvedimento del rilascio dell'immobile

Inoltre dichiara che l'importo del contributo dovrà essere versato presso la banca _____, IBAN _____, intestato al titolare del contratto _____

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 dal Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 14 maggio 2014, nr. 202 e 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.

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).

ELENCO ALLEGATI OBBLIGATORI DA PRESENTARE INSIEME ALLA DOMANDA, PER I QUALI POTRA' ESSERE RICHIESTA L'ESIBIZIONE DEGLI ORIGINALI.

- [1] copia del certificato di invalidità con la sola indicazione della percentuale (la patologia non deve essere indicata)
 - [2] copia contratto di locazione con estremi di registrazione
 - [3] copia intimazione di sfratto
 - [4] copia lettera di licenziamento
 - [5] copia comunicazione di riduzione attività lavorativa
 - [6] copia comunicazione di sospensione del lavoro
 - [7] copia del contratto di lavoro scaduto
 - [8] copia della visura catastale
 - [9] copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera
 - [10] copia certificazione infortunio
 - [11] copia delle fatture/ricevute fiscali relative alle spese mediche
 - [12] copia certificazione I.S.E. oppure copia di certificazione I.S.E.E. in corso di validità con relativa DSU
- Allegato A – autocertificazione relativa al patrimonio immobiliare

Informativa ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”.

Ai sensi del Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, di seguito detto T.U, ed in relazione ai dati personali di cui l’ufficio entrerà in possesso, si informa di quanto segue:

1. Il trattamento dei dati personali è finalizzato esclusivamente alla corretta e completa esecuzione delle attività proprie dell’ufficio, alle erogazione del servizio da Lei richiesto e ai fini contabili e statistici.
 2. Il trattamento dei dati personali può consistere nelle operazioni indicate all’art. 4 c.1 lett. A) del T.U. (raccolta, organizzazione, conservazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati). Le operazioni possono essere svolte con supporto cartaceo e con l’organizzazione di archivi informatici.
 3. Il conferimento dei dati personali e sensibili è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività proprie dell’ufficio ed è condizione per l’erogazione del servizio richiesto ai sensi del Regolamento Comunale.
 4. La mancata comunicazione dei dati richiesti impedisce l’erogazione del servizio richiesto.
 5. I dati personali sensibili possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento, e possono essere comunicati a collaboratori e/o ad altri soggetti rispetto ai quali la comunicazione è necessaria per il corretto adempimento dei compiti dell’ufficio (esempi Asl). Nel caso di servizi di erogazioni di contributi di varia natura, i dati personali sono comunicati agli istituti di crediti per il pagamento. Nel caso di servizi erogati in appalto o comunque tramite terzi, i dati personali sensibili sono altresì comunicati alla ditta in rapporto di convenzione e/o collaborazione con questo Ente per lo svolgimento del servizio stesso.
 6. I dati richiesti non sono soggetti a diffusione.
 7. L’art. 7 del T.U. conferisce all’interessato l’esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell’esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l’interessato ha diritto di avere conoscenza dell’origine dei propri dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti ai quali i dati possono essere comunicati.
L’interessato ha inoltre il diritto di ottenere l’aggiornamento, la rettificazione e l’integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; l’interessato ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che lo riguardano.
 8. Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Travagliato, Piazza Liberta' 2. Il Responsabile del trattamento è la Responsabile dell’Area Servizi Sociali.
- Si sottoscrive la presente in segno di accettazione di quanto in essa espresso, si acconsente specificatamente ed espressamente al trattamento dei dati personali, nonché alla loro comunicazione.

Data_____

Firma_____

Allegato A

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

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO A _____ PROV _____
IL _____ RESIDENTE A TRAVAGLIATO IN VIA _____
TELEFONO _____ EMAIL _____

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 nella provincia di Brescia.
- 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 Brescia:

Nome e cognome del componente il nucleo	Comune	Indirizzo immobile	Diritto Reale (**)	% di possesso	Superficie mq (***)	Categoria Catastale

(*) seguire l'ordine indicato nella domanda

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

(***) indicare la superficie utile e allegare planimetria

Data _____

Firma _____

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