

MODULO RICHIESTA DOMANDA

BANDO EMERGENZA ABITATIVA - COVID-19

INTERVENTI VOLTI AL MANTENIMENTO DELL’ALLOGGIO IN LOCAZIONE

ANCHE A SEGUITO DELLE DIFFICOLTA’ ECONOMICHE

DERIVANTI DALL’EMERGENZA SANITARIA COVID-19

MISURA UNICA

(DGR XI-3664 del 13/10/2020 e DGR XI-4678 del 10/05/2021)

Il sottoscritto (cognome e nome)

Codice fiscale.....

Nato aProvinciail.....

Comune di residenza: Provincia: BG CAP

Indirizzo (via e n. civico)

Cittadinanza

Stato civile

Telefono.....

In riferimento all’ABITAZIONE sita nel comune di

per la quale ha in essere un contratto di locazione con il sig./la sig.ra (Nominativo del Locatore)

Telefono.....

CHIEDE

“SOSTEGNO AL MANTENIMENTO DELL’ALLOGGIO IN LOCAZIONE ANCHE A SEGUITO DELLE DIFFICOLTA’ ECONOMICHE DERIVANTI DALLA EMERGENZA SANITARIA COVID-19” come previsto dalle DGR XI-3664 del 13/10/2020 e DGR XI-4678 del 10/05/2021 e a tal fine

DICHIARA

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. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, quanto segue:

- di essere titolare di contratto di locazione regolarmente registrato, con decorrenza dalla data e con scadenza in data, di una unità immobiliare, con canone mensile di €.....;
- di non essere sottoposto a procedure di rilascio dell'abitazione;
- di avere un valore ISEE ORDINARIO/ISEE CORRENTE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) non superiore ad € 26.000,00=, ovvero pari a €
- di non essere titolare (né il sottoscritto né altri componenti della famiglia), di diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione in Regione Lombardia di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del proprio nucleo familiare;
- di essere residenti nell'alloggio in locazione da almeno 6 mesi dalla data di presentazione della domanda;
- la seguente composizione anagrafica del nucleo familiare:

Codice Fiscale	Cognome	Nome	Data di nascita	Parentela

DICHIARA INFINE, A SEGUITO DELL'EMERGENZA SANITARIA COVID-19,

ovvero dopo la data del 30.01.2020:

- di aver perso il posto di lavoro e di percepire sussidio di disoccupazione
 non percepire sussidio di disoccupazione
- di aver avuto una consistente riduzione dell'orario di lavoro: da ore/settimanali a ore/settimanali senza percepire indennizzo di Cassa Integrazione (o simili)
- di non aver avuto il rinnovo del contratto di lavoro a termine cessato in data
- di aver cessato la propria attività libero-professionale in data
- di aver avuto all'interno del nucleo familiare malattia grave o decesso delle seguenti persone:
 - nome.....cognome.....C.F.....
 - nome.....cognome.....C.F.....

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

1. In caso di cittadinanza extra UE carta di soggiorno o permesso di soggiorno;
2. ISEE ORDINARIO/ISEE CORRENTE in corso di validità;
3. Copia fotostatica del documento di identità del richiedente;
4. Copia fotostatica del documento di identità del proprietario;
5. Contratto di locazione registrato;
6. Tutta la documentazione atta ad attestare le condizioni di precarietà lavorativa e familiare a seguito dell'emergenza sanitaria (dopo la data del 30.01.2020) e nello specifico:
 - Per la perdita del lavoro: cedolino paga attestante lo stato di occupazione al 30/01/2020 e la lettera di licenziamento avvenuta in data successiva. Oppure documento del CPI: C2 storico.
 - Per la riduzione dell'orario di lavoro: due cedolini paga a confronto del periodo dal 30.01.2020 ad oggi. Oppure lettera di riduzione orario di lavoro.
 - Per cessazione contratto di lavoro a termine: documento del CPI: C2 storico.
 - Per cessazione attività libero professionali: Visura Camerale in cui è indicata la data di cessazione dell'attività.
 - Per malattia grave o decesso: certificazione di morte o di malattia grave.

DATI DEL PROPRIETARIO DI CASA PER L'ACCREDITO DEL CONTRIBUTO

I dati per l'accredito del contributo sono i seguenti:

Nominativo _____

Banca/Ufficio Postale _____

FILIALE DI _____

IBAN IT _ _ / _ / _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _

LUOGO E DATA

Il dichiarante

.....

Informativa ai sensi del Nuovo Regolamento Europeo 2016/679 sulla Protezione dei dati personali.

Si informa la S.V. che i dati personali sopra riportati sono utilizzati dal Comune per la concessione della prestazione sociale richiesta e sono utilizzati con modalità e procedure strettamente necessarie allo scopo. Il conferimento dei dati è necessario ai fini dell'ottenimento della prestazione sociale richiesta e un eventuale rifiuto da parte della S.V. impedisce al Comune di dar seguito alla presente richiesta.

Il trattamento è realizzato secondo le prescrizioni stabilite dal Regolamento Europeo 2016/679 in materia di Protezione dei dati personali, con l'ausilio di strumenti informatici ed è svolto da personale comunale. La S.V. ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati e come vengono utilizzati. Ha, altresì, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco e opporsi al trattamento.

Titolare del trattamento dei dati relativi al presente Bando è l'Azienda Speciale Consortile Valle Imagna - Villa d'Almè, a cui il Comune trasmetterà la presente domanda e i relativi allegati.

Responsabile del procedimento è il Responsabile del Servizio Ufficio di Piano, dott. Farinotti Gianantonio

Mail: segreteria@ascimagnavilla.bg.it Tel: 035.85.17.82.