

**AL SIGNOR SINDACO
COMUNE DI UTA**

OGGETTO: DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEI CONTRIBUTI PREVISTI DAL D.L. N. 102/2013 CONVERTITO NELLA L. N. 124/2013 IN FAVORE DEGLI INQUILINI MOROSI INCOLPEVOLI, TITOLARI DI CONTRATTO DI LOCAZIONE AD USO ABITATIVO E SOGGETTI A PROVVEDIMENTO DI SFRACTO – ANNO 2016

Il Sottoscritt _____

nat_ a _____ **il** _____

C.F. _____

residente in Uta Via _____ **n°** _____ **Tel.** _____

CHIEDE

L'attribuzione del contributo previsto dal fondo nazionale destinato agli inquilini morosi incolpevoli, istituito ai sensi dell'art. 6 comma 5 del D.L. n. 102 /2013 convertito dalla L. n. 124/2013;

Al tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa,

DICHIARA

1) di essere titolare di contratto di locazione ad uso abitativo regolarmente registrato, con decorrenza dalla data _____ **e con scadenza in data** _____, di una unità immobiliare, non appartenente alle categorie catastali A/1, A/8 A/9,;

2) di essere destinatario di un atto di intimidazione di sfratto per morosità, ricevuto in data _____ **con citazione di convalida, fissata per il giorno** _____

3) di risiedere nell'alloggio oggetto della procedura di sfratto da almeno un anno al momento di ricevimento dell'atto di citazione.

4) di essere in situazione di morosità incolpevole a causa di una consistente riduzione del reddito per le seguenti cause:

Perdita di lavoro per licenziamento, avvenuto in data _____

Mobilità, a decorrere dal giorno _____

Cassa integrazione, intervenuta in data _____

Mancato rinnovo di contratto a termine, avvenuto in data _____

Accordo aziendale e sindacale con riduzione dell'orario di lavoro, intervenuti in data _____

Cessazione o consistente riduzione di attività professionale o di impresa, dal giorno _____

Malattia grave o infortunio di un componente della famiglia, avvenuto in data _____

Decesso di un componente della famiglia, avvenuto in data _____

5) di avere un reddito I.S.E. (indicatore della Situazione Economica) non superiore a € 35.000,00 o un valore I.S.E.E. (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) non superiore a € 26.000,00

6) di non essere titolare, né il richiedente né alcun componente del nucleo familiare, del diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione nella provincia di residenza di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del nucleo familiare;

7) Di non beneficiare di altre indennità e/o contributi erogati per lo stesso titolo da altri Enti;

8) Che il proprio nucleo familiare è composto dalle seguenti persone:

codice fiscale	Cognome e nome	data di nascita	Condizione (*)	Parentela

Condizione (*): (1)-anziano ultrasettante; (2)-minorenne; (3)-soggetto con invalidità accertata per almeno il 74%; (5)-soggetto in carico ai Servizi Sociali o alle competenti aziende sanitarie locali per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale.

9) Di aver preso visione del bando di concorso approvato con determinazione del Responsabile del Area Socio Assistenziale n 916 del 15/12/2016 e di accettare le norme in esso contenute

10) Di essere a conoscenza che, nel rispetto del **D.lgs. 196/2003**, i dati personali raccolti saranno trattati da parte dei dipendenti del Comune e di altri soggetti che collaborano con quest'ultimo, con modalità manuale ed automatizzata. I soggetti di cui sopra sono stati formalmente autorizzati a gestire le informazioni che La riguardano così come previsto dalla normativa vigente. I dati, oggetto di trattamento, possono essere accessibili, all'interno del Comune, a più responsabili e incaricati del trattamento – secondo le rispettive competenze e, comunque, in accordo con il principio di necessità, indispensabilità, pertinenza e non eccedenza.

- I dati forniti dall'interessato nell'istanza inoltre potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento per la concessione del contributo ,INPS,REGIONE, o a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa (Agenzia delle Entrate, Guardia di Finanza,).

Chiede che il contributo eventualmente assegnato venga liquidato con la modalità:

accreditato sul c/c bancario o postale intestato a se medesimo o cointestato:

codice **IBAN:** _____

(scrivere in modo leggibile o allegare copia rilasciata dalla Banca o Posta)

QUIETANZA DIRETTA DEL SOTTOSCRITTO (solo per importi inferiori a € 1.000,00)

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE:

1. copia del documento di riconoscimento (in corso di validità) e copia del codice fiscale del dichiarante
2. Copia contratto di locazione registrato unitamente a copia dell'atto di intimazione di sfratto per morosità e contestuale citazione per la convalida
3. Copia documentazione attestante le cause di morosità incolpevole indicate all'art. 3 del bando
4. Certificazione ISEE "ordinario" calcolato nel 2016 sui redditi percepiti nel 2014, nel caso in cui i redditi del 2015 non abbiano subito rilevanti variazioni rispetto all'anno precedente oppure ISEE "corrente" calcolato nel 2016 sui redditi percepiti nel 2015, nel caso in cui si siano verificate rilevanti variazioni reddituali rispetto al 2014;
5. Ulteriore documentazione attestante la presenza all'interno del nucleo di componenti con invalidità accertata per almeno il 74% , ovvero in carico ai servizi sociali o alle competenti aziende sanitarie locali.
6. Per i soli richiedenti extracomunitari, copia del titolo di soggiorno

UTA _____

IL DICHIARANTE