



Ente Gestore
COMUNITÀ MONTANA
VALTELLINA DI MORBEGNO
Viale Stelvio n. 23/A - 23017 Morbegno (So)
C.F. 91000680149

UFFICIO DI PIANO MORBEGNO
5° Piano Distretto Socio-Sanitario ATS
Via Martinelli n.13 - 23017 Morbegno (So)



Allegato A) approvato con Determinazione n. 25 del 21.01.2021

DOMANDA
BANDO PER INTERVENTI DESTINATI AL
MANTENIMENTO DELL'ALLOGGIO IN LOCAZIONE
ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA SANITARIA COVID-19

MISURA UNICA - DGR 3664/2020

UFFICIO DI PIANO DI MORBEGNO

PRATICA ID _____

PROTOCOLLO

Assistenza alla compilazione

Assistente Sociale _____

Impiegato comunale _____ *Tel.* _____

Operatore CAF _____ *Tel.* _____

Altro operatore _____ *Tel.* _____

Il sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

C.F. _____

residente in Comune di _____ Cap _____ (SO)

Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____

e-mail _____

Titolare del contratto di locazione dell'immobile abitativo censito al Catasto Urbano del Comune di _____

Fg. _____ Mapp. N. _____ sub. _____ Cat. Immobiliare _____

Contratto d'affitto valido dal (data stipula) _____ al (data fine) _____

Registrato il (data registrazione del contratto) _____

Codice identificativo del contratto (n. di registrazione 17 caratteri) _____

CHIEDE

di poter beneficiare del contributo regionale per sostenere nuclei familiari che si trovano in difficoltà economiche anche a seguito della situazione di emergenza sanitaria determinata dal COVID-19 – **mediante erogazione di un contributo al proprietario, a scomputo dei canoni di locazione non versati o futuri.**

DICHIARA

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 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 aver preso visione del BANDO PER INTERVENTI DESTINATI AL MANTENIMENTO DELL'ALLOGGIO IN LOCAZIONE e di accettarne integralmente le condizioni;
- di essere residente nell'alloggio in locazione in modo continuativo da almeno un anno alla data odierna;
- di possedere ISEE in corso di validità **non superiore a € 18.000;**
- di non essere sottoposto a procedure di rilascio dell'abitazione (sfratto);
- di non essere proprietario di alloggio adeguato in Regione Lombardia;
- che nessun componente del nucleo familiare dichiarato ha già presentato altra domanda di contributo;
- **di trovarsi in stato di difficoltà economica a seguito di uno dei seguenti motivi prioritari di cui all'art. 4 del bando (barrare una delle seguenti condizioni):**
 - perdita del posto di lavoro**
 - riduzione dell'orario di lavoro pari almeno al 25% con riduzione del reddito**
 - mancato rinnovo di contratto a termine**
 - cessazioni di attività libero-professionali**
 - malattia grave, infortunio o decesso del componente del nucleo familiare percettore del reddito**
- **OPPURE di trovarsi in stato di difficoltà economica per altre motivazioni:**
 - _____

• **di allegare i seguenti documenti obbligatori:**

- 1) Copia Carta d'identità in corso di validità del cittadino richiedente (fronte e retro). Per i cittadini extra U.E. copia carta/permesso di soggiorno o altro documento valido. Se scaduto, ricevuta della richiesta di rinnovo.
- 2) Copia contratto di locazione;
- 3) Documentazione attestante la condizione di difficoltà economica a seguito di uno dei motivi come sopra dichiarato (es. Lettera licenziamento, lettera datore di lavoro riduzione orario, copia contratta di lavoro scaduto, eventuale autocertificazione di interruzione/sospensione attività lavorativa libero-professionale, ecc.)
- 4) Copia Certificazione ISEE in corso di validità oppure Dichiarazione di avvenuta presentazione DSU (art. 11 c.9, DPCM 159/2013). **Per le situazioni di recente calo di reddito si raccomanda di presentare il valore ISEE corrente;**
- 5) Dichiarazione proprietario dell'immobile — **ALLEGATO B – compilato in ogni sua parte e sottoscritto;**
- 6) Copia Carta d'identità in corso di validità del proprietario (fronte e retro);

Che la composizione del nucleo familiare del richiedente è la seguente:

CODICE FISCALE	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	Rapporto di PARENTELA

Che la situazione lavorativa dei componenti maggiorenni del nucleo familiare è il seguente:

COGNOME/NOME	Barrare la situazione lavorativa	Professione	Data inizio attività lavorativa/condizione	Eventuale data di fine attività lavorativa
	<input type="checkbox"/> lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> lavoratore stagionale o precario <input type="checkbox"/> disoccupato/percepisce indennità disoccupazione <input type="checkbox"/> disoccupato/percepisce reddito di cittadinanza <input type="checkbox"/> disoccupato NON PERCEPISCE NULLA	_____ _____ _____ <i>Importo mensile €</i> _____ <i>Importo mensile €</i> _____ _____	<input type="checkbox"/> dal _____ <input type="checkbox"/> dal _____ <input type="checkbox"/> dal _____ <input type="checkbox"/> dal _____ <input type="checkbox"/> dal _____	<input type="checkbox"/> al _____ <input type="checkbox"/> al _____ <input type="checkbox"/> al _____
	<input type="checkbox"/> lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> lavoratore stagionale o precario <input type="checkbox"/> disoccupato/percepisce indennità disoccupazione <input type="checkbox"/> disoccupato/percepisce reddito di cittadinanza <input type="checkbox"/> disoccupato NON PERCEPISCE NULLA	_____ _____ _____ <i>Importo mensile €</i> _____ <i>Importo mensile €</i> _____ _____	<input type="checkbox"/> dal _____ <input type="checkbox"/> dal _____ <input type="checkbox"/> dal _____ <input type="checkbox"/> dal _____ <input type="checkbox"/> dal _____	<input type="checkbox"/> al _____ <input type="checkbox"/> al _____ <input type="checkbox"/> al _____

<input type="checkbox"/> lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> lavoratore stagionale o precario <input type="checkbox"/> disoccupato/percepisce indennità disoccupazione <input type="checkbox"/> disoccupato/percepisce reddito di cittadinanza <input type="checkbox"/> disoccupato NON PERCEPISCE NULLA	_____	<input type="checkbox"/> dal _____	<input type="checkbox"/> al _____
	_____	<input type="checkbox"/> dal _____	<input type="checkbox"/> al _____
	_____	<input type="checkbox"/> dal _____	<input type="checkbox"/> al _____
	Importo mensile € _____	<input type="checkbox"/> dal _____	
	Importo mensile € _____	<input type="checkbox"/> dal _____	

DICHIARA INFINE DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- **L'Ufficio di Piano tramite il Comune di residenza effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese all'atto della presentazione della domanda ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli art. 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000.**
- **NON SARÀ CONSENTITA ALCUNA INTEGRAZIONE DOCUMENTALE SUCCESSIVA ALLA TRASMISSIONE DELLA DOMANDA, È PERTANTO NELL'INTERESSE DEL CITTADINO RICHIEDENTE ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE LEGGIBILE E COMPLETA.**

INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

I dati personali forniti dal dichiarante, nello svolgimento del procedimento amministrativo, saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento attivato con la D.G.R. 3664/2020 e in conformità al Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e al D.Lgs 196/2003 e smi. L'acquisizione di tali dati è obbligatoria ai fini della valutazione dei requisiti e dei criteri per l'ammissione, a pena dell'esclusione del diritto di accesso, al beneficio richiesto. L'interessato sociale ha diritto di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati. Il Responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'Ufficio di Piano di Morbegno, domiciliato per la carica presso la Comunità Montana Valtellina di Morbegno.

Data _____

IL DICHIARANTE
