

**SOSTEGNO AL MANTENIMENTO DELL'ALLOGGIO IN LOCAZIONE ANCHE A
SEGUITO DELLE DIFFICOLTA' ECONOMICHE DERIVANTI DALLA EMERGENZA
SANITARIA COVID 19, ANNO 2021**

**Spett.le
COMUNE DI FLERO**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a

- codice fiscale

- nato/a a il

- stato estero di nascita cittadinanza

- residente a in Via n.

- telefono.....

- e-mail

CHIEDE

di poter beneficiare del contributo volto a sostenere le famiglie in locazione sul mercato privato e pubblico (compreso canone concordato) o in alloggi in godimento o in alloggi definiti Servizi Abitativi Sociali e che siano in condizione di disagio economico o in condizione di particolare vulnerabilità.

a tal fine

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli 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 residente nel Comune di _____ alla data di presentazione della domanda;
- di essere residente in un alloggio in locazione da almeno un anno dalla data del presente provvedimento;

- di essere titolare di contratto di locazione alla data di presentazione della domanda con decorrenza dal giorno e scadenza in data registrato in data (allegare copia del contratto di affitto);
- di risultare moroso accertato in fase iniziale nei confronti del proprietario dell'alloggio per l'importo di € Non concorrono al calcolo della morosità le spese per le utenze (acqua, gas e luce) e le spese condominiali;
- di avere un ISEE in corso di validità max fino a € **30.000,00**, pari ad €.;
- di non essere titolare di contratto d'affitto con patto di futura vendita.

Tipo contratto:

- Canone concordato
- altro

Proprietario:

Cognome, Nome/Ragione Sociale proprietario

Codice fiscale/Partita Iva

Comune di residenza provincia

Indirizzo..... Tel

E-mail..... (DATO OBBLOGATORIO)

Composizione del Nucleo Familiare:

COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO CON IL DICHIARANTE	SITUAZIONE LAVORATIVA
			<input type="radio"/> occupato a tempo indeterminato <input type="radio"/> occupato a tempo determinato fino al <input type="radio"/> disoccupato con indennità fino al <input type="radio"/> disoccupato senza indennità <input type="radio"/> inoccupato <input type="radio"/> studente <input type="radio"/> pensionato <input type="radio"/> disabile certificato
			<input type="radio"/> occupato a tempo indeterminato <input type="radio"/> occupato a tempo determinato fino al <input type="radio"/> disoccupato con indennità fino al <input type="radio"/> disoccupato senza indennità <input type="radio"/> inoccupato

			<input type="radio"/> studente <input type="radio"/> pensionato <input type="radio"/> disabile certificato
			<input type="radio"/> occupato a tempo indeterminato <input type="radio"/> occupato a tempo determinato fino al <input type="radio"/> disoccupato con indennità fino al <input type="radio"/> disoccupato senza indennità <input type="radio"/> inoccupato <input type="radio"/> studente <input type="radio"/> pensionato <input type="radio"/> disabile certificato
			<input type="radio"/> occupato a tempo indeterminato <input type="radio"/> occupato a tempo determinato fino al <input type="radio"/> disoccupato con indennità fino al <input type="radio"/> disoccupato senza indennità <input type="radio"/> inoccupato <input type="radio"/> studente <input type="radio"/> pensionato <input type="radio"/> disabile certificato
			<input type="radio"/> occupato a tempo indeterminato <input type="radio"/> occupato a tempo determinato fino al <input type="radio"/> disoccupato con indennità fino al <input type="radio"/> disoccupato senza indennità <input type="radio"/> inoccupato <input type="radio"/> studente <input type="radio"/> pensionato <input type="radio"/> disabile certificato

Dichiara altresì, ai fini della valutazione preferenziale per la concessione del contributo, il verificarsi di una o più condizioni collegate alla crisi dell'emergenza sanitaria 2021:

- Perdita del posto di lavoro
- Consistente riduzione dell'orario di lavoro e del reddito da lavoro
- Mancato rinnovo dei contratti a termine
- Cessazione di attività libero-professionali
- Malattia grave, decesso di un componente del nucleo familiare in seguito a Covid19

Data

IL DICHIARANTE

DICHIARAZIONE DEL PROPRIETARIO

Il/la sottoscritto/a
nato/a Prov il
codice fiscale

Proprietario dell'immobile sito in via/piazza n
Nel Comune di _____ Provincia di Brescia,
dato in locazione al Sig.

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole di quanto previsto 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:

CHE il Sig., conduttore dell'alloggio sopraindicato, risulta moroso accertato in fase iniziale per l'importo di € , indicare le mensilità e gli **importi non corrisposti o da versare**, per un massimo di 5 mensilità:

mese/anno	Canone non pagato e/o da versare
1)	
2)	
3)	
4)	

DI ACCETTARE

- il contributo massimo di **€ 1.500,00** riconosciuto dal Comune di Flero.

Il sottoscritto chiede che il contributo sia corrisposto mediante:

bonifico bancario intestato a

Iban:

Data,

ALLEGATI:

- ISEE del sottoscrittore;
- Contratto di affitto;
- Copia dell'IBAN del proprietario di casa;
- Documento di identità del sottoscrittore;
- Eventuale copia del permesso di soggiorno;
- Documentazione attestante la perdita o riduzione dell'attività lavorativa.

.....
Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del regolamento UE 2016/679

Ai sensi della normativa di riferimento, la informiamo di quanto segue:

- il trattamento dei suoi dati personali è indispensabile ai fini dell'erogazione del contributo richiesto e viene realizzato dal personale dei servizi sociali di ambito, anche con l'ausilio di mezzi informatici. I suoi dati saranno inoltre trasmessi a Regione Lombardia in fase di rendicontazione dei benefici erogati.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei dati personali finalizzati all'erogazione della prestazione richiesta.

_____, li _____

In fede
