

BANDO MOROSITA' INCOLPEVOLE
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO
PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI A FAVORE DI CONDUTTORI
IN SITUAZIONE DI MOROSITA' INCOLPEVOLE

(Decreto Ministeriale delle Infrastrutture e dei Trasporti del 30 marzo 2016
Deliberazione della Giunta Regionale n. 5644/2016)

AL COMUNE DI COMO
Settore Politiche Sociali
Via Italia Libera, 18/a
22100 - COMO

Il sottoscritto/a (cognome e nome) _____

C.F. _____

nato/a _____ il _____

Residente in COMO

Via _____ n. _____

Telefono _____ Cell. _____

e-mail _____ @ _____

in alloggio di PROPRIETA' DI

Cognome e nome (proprietario) _____

nato/a _____ il _____ codice fiscale _____

CHIEDE

di poter beneficiare del contributo a favore di inquilini morosi incolpevoli titolari di contratti sul libero mercato soggetti a provvedimento di sfratto, previsto dalla DGR n. 5644/2016, in ottemperanza a quanto indicato nel Decreto Ministeriale del 30 marzo 2016, e Deliberazione della Giunta Comunale n. 72 del 15 marzo 2017;

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, non appartenente alle categorie catastali A/1, A/8, A/9;
- di essere destinatario di un atto di intimazione di sfratto per morosità;
- di risiedere nell'alloggio oggetto della procedura di sfratto da almeno un anno;
- di essere in situazione di morosità incolpevole a causa di una consistente riduzione del reddito per le seguenti motivazioni (*barrare le caselle interessate*):
 - 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, intervenuto in data _____;
- Cessazione di attività professionale o di impresa, dal giorno (chiusura partita IVA) _____;
- Malattia grave di un componente della famiglia (*come da certificazione allegata*);
- Infortunio di un componente della famiglia, avvenuto in data _____;
- Decesso di un componente della famiglia in data: _____;
- Altro: _____;

- Di essere in possesso di Attestazione ISE non superiore a € 35.000,00.= o di avere un valore ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) non superiore a € 26.000,00.=;
- di non essere titolare, né il richiedente né alcun componente della famiglia, di diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione nella provincia di residenza di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del proprio nucleo familiare.

Dichiara altresì che nel proprio nucleo familiare è compresa una persona che:

- abbia un'invalidità accertata per almeno il 74%;
- sia in carico ai Servizi Sociali o alle competenti Aziende Sanitarie Locali per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale.

Allega la seguente documentazione (tutta in fotocopie)

- o Attestazione ISEE;
- o Permesso di soggiorno, in caso di cittadini stranieri;
- o Attestazione di licenziamento, mobilità, cassa integrazione, mancato rinnovo di contratti a termine, accordi aziendali e sindacali con riduzione dell'orario di lavoro, cessazione di attività professionale o di impresa, malattia grave, infortunio o decesso di un componente del nucleo familiare;
- o Contratto di locazione registrato;
- o Intimazione di sfratto;
- o Dichiarazione del proprietario di disponibilità di rinuncia o differimento dell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'abitazione, compilata e sottoscritta;
oppure:
Nuovo contratto di locazione, stipulato a canone concordato, convenzionato o agevolato o comunque a canone inferiore al libero mercato.
- o (Eventuale) attestazione di presenza di componenti all'interno del nucleo familiare con invalidità accertata per almeno il 74%, ovvero in carico ai Servizi Sociali o alle competenti Aziende Sanitarie Locali.

Dichiara infine di aver preso visione dei contenuti del Bando pubblico per l'erogazione di contributi agli inquilini morosi incolpevoli titolari di contratti sul libero mercato e soggetti a provvedimento di sfratto e di possedere tutti i requisiti di partecipazione in esso indicati, nonché la propria disponibilità a fornire idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati.

Data, _____

IL DICHIARANTE

ALLEGATI: COPIA FOTOSTATICA DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DICHIARANTE