

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE CONTRIBUTO AFFITTO – MISURA UNICA - EMERGENZA
SANITARIA AI SENSI DELLA DGR N. XI/3008 del 30/03/2020**

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il Cittadinanza

Codice Fiscale Residente in Tribiano

Telefono Cell. mail

Carta d'identità n. rilasciata dal comune di

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 496 del Codice Penale in caso di dichiarazione mendace, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/28.12.2000 e successive modifiche

di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla contributo affitto – misura unica – emergenza sanitaria ai sensi della D.G.R. n. **XI/3008 del 30/03/2020** per l'erogazione di contributi a favore di inquilini i titolari di contratti di locazione sul libero mercato.

➤ Di rientrare nei destinatari individuati dall'avviso pubblico, nello specifico
(*barrare la situazione ricorrente*):

- ☐ Permesso di Soggiorno valido fino al per motivi di
- ☐ Permesso di Soggiorno CEE per soggiornanti di lungo periodo
- ☐ Carta di Soggiorno

➤ ☒ Di trovarsi **da almeno 1 anno** nell'alloggio in locazione oggetto del contributo a far data dal 30/03/2020.

☒ **Di non essere sottoposti a procedure di sfratto** dell'alloggio in locazione.

Il canone di affitto ammonta ad € annuali

Le spese condominiali ammontano ad € annuali

☒ **Di non essere proprietari di alloggio adeguato in Regione Lombardia.**

☒ **Di essere in possesso di un reddito ISEE pari a € non superiore a € 26.000.**

Costituisce criterio preferenziale per la concessione del contributo il verificarsi di una o più condizioni collegate alla crisi dell'emergenza sanitaria 2020, qui elencate:

(barrare la situazione ricorrente):

- ☐ perdita del posto di lavoro
 del/la Sig./Sig.ra dal (indicare mese/anno) ;
 del/la Sig./Sig.ra dal (indicare mese/anno) ;

☐ consistente riduzione dell'orario di lavoro
 del/la Sig./Sig.ra dal (indicare mese/anno) ;
 del/la Sig./Sig.ra dal (indicare mese/anno) ;

☐ mancato rinnovo dei contratti a termine
 del/la Sig./Sig.ra dal (indicare mese/anno) ;
 del/la Sig./Sig.ra dal (indicare mese/anno) ;

☐ cessazione di attività libero professionali
 del/la Sig./Sig.ra dal (indicare mese/anno) ;
 del/la Sig./Sig.ra dal (indicare mese/anno) ;

☐ mancato accesso ad ammortizzatori sociali di varia natura

☐ malattia grave (comprovata dal medico curante), decesso di un componente del nucleo familiare
 del/la Sig./Sig.ra dal (indicare mese/anno) ;
 del/la Sig./Sig.ra dal (indicare mese/anno) ;

➤ di presentare domanda per sé e il nucleo familiare sotto indicato:
(*inserire solo gli altri componenti del nucleo familiare*)

[illegible]

➤ di essere conduttore dell'unità abitativa sita in

Tribiano (via, piazza, ecc)

n.

in forza di contratto di locazione sottoscritto con:

il signor (inserire nome e cognome del proprietario – locatore dell'immobile)

telefono

indirizzo e-mail

stipulato in data

e registrato a

in data

copia del contratto di locazione con estremi di registrazione dovrà essere presentato su richiesta del Comune)

➤ **di essere consapevole che**

- **il contributo economico a supporto del nucleo familiare** è richiedibile fino a 4 mensilità di canone e comunque **non oltre € 1.500,00** ad alloggio/contratto (anche a canone concordato).
- le domande saranno accolte solo se complete e formeranno graduatoria sulla base dell'ordine di arrivo al protocollo generale dell'ente, fino ad esaurimento delle risorse stanziare.
- al fine di agevolare gli utenti in questo periodo di emergenza, la domanda potrà anche non essere firmata. Qualora la domanda fosse accolta, l'erogazione del contributo avverrà esclusivamente con la sottoscrizione della domanda.

SI IMPEGNA

- a produrre al Comune di Tribiano tutta la documentazione integrativa che gli uffici preposti al controllo di quanto qui autocertificato riterrà necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile che gli verrà richiesta. Il non rispetto della tempistica dell'integrazione documentale determina la decadenza dell'istanza stessa.
- di impegnarsi altresì, in caso di accoglimento della presente, a segnalare, non oltre 15 gg dal suo verificarsi, qualsiasi variazione dei redditi e della sua composizione familiare ed a esibire qualunque documentazione richiesta dal Comune;

Tribiano, lì

FIRMA DEL RICHIEDENTE

AUTORIZZA

Ai sensi del Regolamento 2016/679/UE (Regolamento generale sulla protezione dei dati – di seguito GDPR) e delle disposizioni ancora applicabili del D.Lgs. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs 101/18, i dati personali da Lei comunicati saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Tribiano (da considerarsi Titolare" ai sensi del D.Lgs. N. 196/2003), anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente per la finalità per la quale è stata effettuata la richiesta, potranno essere comunicati a: ad altri enti pubblici nell'ambito dell'istruttoria per l'assegnazione del contributo regionale; il richiedente ha diritto ai sensi dell'art. 7 del citato decreto legislativo di accedere ai propri dati personali, di conoscere la loro finalità e le modalità di trattamento chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione di dati erronei, incompleti o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi;

L'incaricato del trattamento dati è l'Assistente Sociale del Comune di Tribiano: Dott.ssa Gilera Federica

Tribiano, lì

FIRMA DEL RICHIEDENTE