

**DOMANDA DI ACCESSO ALLE AZIONI DI SUPPORTO ALL'ABITARE
D.G.R. 3664/2020 (per i Comuni dell'Ambito).**

Cognome					Nome		
Indirizzo residenza						Civico.	
CAP		Comune				Prov.	
Telefono fisso				Cellulare			
E-mail							
codice fiscale							
Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Comune di Nascita			Prov.	
Nazione di Nascita					Data di Nascita	/	/
Cittadinanza (Nome Stato)							

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Chiede di essere ammesso agli interventi volti al mantenimento dell'alloggio in locazione anche a seguito delle difficoltà economiche derivanti dalla emergenza sanitaria Covid-19 anno 2020

E PER QUESTO DICHIARA

di far parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere in stato di bisogno,

avente uno o più dei seguenti requisiti:

- non essere sottoposti a procedure di rilascio dell'abitazione;
- non essere proprietari di alloggio adeguato in Regione Lombardia;
- avere un ISEE max fino a € 26.000,00;
- essere residenti in un alloggio in locazione da almeno un anno, a partire dalla data di presentazione della domanda.

Di essere in una o più delle condizioni seguenti:

- perdita del posto di lavoro;
- consistente riduzione dell'orario di lavoro;
- mancato rinnovo dei contratti a termine;
- cessazione di attività libero-professionali;
- malattia grave, decesso di un componente del nucleo familiare;
- altro motivo comprovato e dimostrabile.

Altre informazioni utili alla verifica della domanda:

Data inizio morosità: ____ / ____ / ____

Numero mesi di morosità: _____

Affitto mensile: € _____

Morosità cumulata alla data delle Domanda: € _____

il nucleo familiare è composto da n. persone

di cui minori

di cui anziani

di cui disabili

di essere disoccupato dal,

di essere lavoratore dipendente (*indicare la professione*) presso l'Aziendasituata a, di essere impossibilitato dalla data a svolgere il lavoro a causa dell'emergenza sanitaria in atto ed in particolare per il seguente motivo (*spiegare brevemente*):

.....

di essere lavoratore autonomo (*indicare la professione*) con attività svolta nel Comune die di essere impossibilitato a svolgere il lavoro a causa dell'emergenza sanitaria in atto ed in particolare per il seguente motivo (*spiegare brevemente*)

.....

di essere lavoratore stagionale o precario (*indicare la professione e indicare il settore*), e di non essere beneficiario di una tipologia di ammortizzatore sociale,

di essere pensionato (*indicare la tipologia e l'importo netto mensile*),

di non percepire il Reddito di Cittadinanza,

di percepire il Reddito di Cittadinanza dell'importo mensile di €,

di non percepire la Pensione di Cittadinanza,

di percepire la Pensione di Cittadinanza dell'importo mensile di €,

di NON essere percettore di altre forme di sostegno il reddito da altro Ente (es. INPS ecc...)

altra condizione da segnalare che illustri le ragioni dello stato di

bisogno.....

.....

Con la firma in calce, io sottoscritto presto il consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16) contenuti nel presente modulo ai sensi e per gli effetti del predetto Regolamento.

Autorizza altresì i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. anagrafe, servizi sociali ecc.) e nazionali (es. INPS, Guardia di Finanza ecc.) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

(luogo e data)

IL DICHIARANTE

.....

.....

Allego:

Copia Carta d'Identità in corso di validità

Copia del Contratto di locazione in essere.