

**DOMANDA DI ACCESSO ALLE AZIONI DI SUPPORTO ALL'ABITARE**

D.G.R. 3664/2020 per i Comuni dell'Ambito del Piano di Zona  
D.G.R. 2974/2020 e 3438/2020 per i Comuni di Lodi e Sant'Angelo Lod.no

|                           |                            |                            |                   |           |                 |         |   |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------|-----------|-----------------|---------|---|
| 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) |                            |                            |                   |           |                 |         |   |

**DOCUMENTO DI IDENTITÀ'**

|              |  |                          |  |         |  |
|--------------|--|--------------------------|--|---------|--|
| n° documento |  | rilasciato dal Comune di |  | in data |  |
|--------------|--|--------------------------|--|---------|--|

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Chiede di essere ammesso alla MISURA UNICA di supporto all'abitare anche in relazione alle difficoltà economiche conseguenti alla situazione di emergenza sanitaria determinata dal COVID 19 nell'anno 2021 che sarà erogata direttamente al proprietario di casa.

**E PER QUESTO DICHIARA****di avere i 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; specificare:

---



---

DICHIARO INOLTRE:

Data inizio morosità: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numero mesi di morosità: \_\_\_\_\_

Affitto mensile: € \_\_\_\_\_ spese condominiali: € \_\_\_\_\_

il nucleo familiare è composto da n° \_\_\_\_ persone:

di cui minori n° \_\_\_\_; anziani n° \_\_\_\_; disabili n° \_\_\_\_;

di essere pensionato con un importo netto mensile di € \_\_\_\_\_;

di percepire il Reddito o la Pensione di Cittadinanza dell'importo mensile di € \_\_\_\_\_;

di essere percettore di altre forme di sostegno il reddito da altro Ente (es. INPS ecc...) dell'importo mensile di € \_\_\_\_\_

## DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

**Contratto d'affitto**

**I.S.E.E. in corso di validità**

**DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA RIDUZIONE DEL REDDITO come ad esempio**

- ✓ Copia lettera di licenziamento
- ✓ Copia comunicazione di riduzione attività lavorativa
- ✓ Copia comunicazione di sospensione dal lavoro
- ✓ Copia del contratto di lavoro scaduto
- ✓ Copia della comunicazione di Cassa Integrazione
- ✓ Atto di cessazione di attività libero professionale
- ✓ Documentazione sanitaria

ALTRI DOCUMENTI ALLEGATI:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma del dichiarante

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.