**MODULO RICHIESTA DOMANDA**

**BANDO EMERGENZA ABITATIVA**

**INTERVENTI VOLTI AL MANTENIMENTO DELL’ALLOGGIO IN LOCAZIONE**

**SUL LIBERO MERCATO – ANNO 2022**

**MISURA UNICA**

**(DGR 5324 DEL 04.10.2021; DGR 6491 DEL 13.06.2022; DGR 6970 DEL 19.09.2022)**

Il sottoscritto (cognome e nome) ……………………………………………………………………………………………………

Codice fiscale…………………………………………………………………………………………………………………………………… Nato a ………………………………………………………………Provincia …………………il…………………………………......... Comune di residenza: ……………………………………………………………… Provincia: BG CAP ………………………. Indirizzo (via e n. civico) ……………………………..……………………………..……………………………………………........ Cittadinanza …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Stato civile …………………………………………………………………………………………………………………………………….. Telefono………………………………..……………………………………………………………..…………………………………………

In riferimento all’ABITAZIONE sita nel comune di ………………………………………………………………………….. per la quale ha in essere un contratto di locazione con il sig./la sig.ra (Nominativo del Locatore) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Telefono………………………………..……………………………………………………………..…………………………………………

**CHIEDE**

Di poter beneficiare del contributo “SOSTEGNO AL MANTENIMENTO DELL’ALLOGGIO IN LOCAZIONE SU LIBERO MERCATO – ANNO 2022 -MISURA UNICA” come previsto dalle DGR 5324 DEL 04.10.2021; DGR 6491 DEL 13.06.2022; DGR 6970 DEL 19.09.2022 e 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, con canone mensile di €…………..……………………………………………… ;
* di non essere sottoposto a procedure di rilascio dell’abitazione;
* di avere un ISEE ORDINARIO in corso di validità uguale o non superiore a € 26.000,00= ovvero pari a € ………………………………..;
* di avere un ISEE CORRENTE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) in corso di validità uguale o non superiore ad € 35.000,00= ovvero pari a € ………………………………..;
* di non essere titolare (né il sottoscritto né altri componenti della famiglia), di diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione in Regione Lombardia di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del proprio nucleo familiare;
* di essere residenti nell’alloggio in locazione da almeno 6 mesi dalla data di presentazione della domanda;
* la seguente composizione anagrafica del nucleo familiare (compilare la tabella sottostante o allegare lo stato famiglia):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Codice Fiscale** | **Cognome** | **Nome** | **Data di nascita** | **Parentela** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**DICHIARA INFINE IL POSSESSO DI UNA O PIU’ CONDIZIONI DI CUI ALL’ELENCO SOTTO RIPORTATO**

**VERIFICATESI ENTRO 1 ANNO DALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:**

* di aver perso il posto di lavoro in data …………………………………………………………………

e di percepire sussidio di disoccupazione

 non percepire sussidio di disoccupazione

* di aver avuto una consistente riduzione dell’orario di lavoro senza percepire indennizzo di Cassa Integrazione (o simili) in data …………………………………………………………………………………..
* di non aver avuto il rinnovo del contratto di lavoro a termine cessato in data …………………….
* di aver cessato la propria attività libero-professionale in data ……………………………………………..
* di aver avuto, all’interno del nucleo familiare, il decesso delle seguenti persone:
* nome………………………….cognome……………………………C.F…………………………………data morte……………………………………………...
* nome………………………….cognome……………………………C.F………………………………….data morte ……………………………………………..
* che tutti i componenti del nucleo familiare anagrafico sono di età uguale o inferiore a 35 anni.

**ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE**

1. In caso di cittadinanza extra UE carta di soggiorno o permesso di soggiorno;
2. ISEE ORDINARIO/ISEE CORRENTE in corso di validità;
3. Copia fotostatica del documento di identità del richiedente;
4. Copia fotostatica del documento di identità del proprietario;
5. Contratto di locazione registrato e tutti gli eventuali rinnovi di contratto registrati;
6. Tutta la documentazione atta ad attestare le condizioni di disagio economico e di vulnerabilità e nello specifico:
* Per la perdita del lavoro: documento del CPI: C2 storico.
* Per la riduzione dell’orario di lavoro: ISEE CORRENTE.
* Per cessazione contratto di lavoro a termine: documento del CPI: C2 storico.
* Per cessazione attività libero professionali: Visura Camerale in cui è indicata la data di cessazione dell’attività.
* Per decesso: certificazione di morte.
* Per età uguale o inferiore ai 35 anni di età di tutti i componenti del nucleo familiare anagrafico: stato famiglia.

**DATI DEL PROPRIETARIO DI CASA PER L’ACCREDITO DEL CONTRIBUTO**

I dati per l’accredito del contributo sono i seguenti:

Nominativo del proprietario di casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IBAN IT \_ \_ / \_ / \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Si allega copia del documento bancario/postale con indicato il numero IBAN.**

LUOGO E DATA ………………………………………………..

 Il Dichiarante …………………………………………………

**Il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dal D.Lgs. del 30 giugno 2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dal recente Regolamento Europeo UE 679/16, esprime il proprio consenso alla raccolta e al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dalla stessa legge.**

**Responsabile del trattamento dei dati è l’Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona Valle Imagna – Villa d’Almè, ente capofila dell’Ambito territoriale Valle Imagna-Villa d’Almé.**

Luogo e data ……………………………………………………

Il Dichiarante …………………………………………………