

☐ Ufficio Protocollo

☐ Invio PEC

INIZIATIVE A SOSTEGNO DEGLI INQUILINI MOROSI RICONOSCIUTI INCOLPEVOLI TITOLARI DI CONTRATTI SUL LIBERO MERCATO E SOGGETTI A PROVVEDIMENTI DI SFRATTO

Decreto Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 30 Marzo 2016 – D.G.R. 5395 del 18 ottobre 2021
in esecuzione alla Determinazione dirigenziale n.873/2022 dell'Ente capofila – Comune di Rozzano

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà (Artt. 46 e 47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a in data _____ a _____

residente a _____ in Via _____

DAL ____ / ____ / ____ (data di inizio residenza all'indirizzo indicato - sono esclusi dal beneficio i soggetti residenti nell'alloggio da meno di un anno).

TELEFONO.....EMAIL.....

DICHIARA

- ☐ di essere Cittadino Italiano/Cittadino UE
- ☐ di essere Cittadino non appartenente all'UE in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità con scadenza il _____
- ☐ di essere Cittadino non appartenente all'UE in possesso di carta di soggiorno;
- ☐ che nessun componente del nucleo familiare indicato è titolare del diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione nella provincia di residenza, di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del proprio nucleo familiare;

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE è composto da (includere i dati del richiedente):

N.PROGR	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	(*)	RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE (**)
1						
2						
3						
4						
5						

(**) Indicare la relazione con il richiedente (moglie, marito, figlio/a, genitore, altro)

(*) Indicare la lettera corrispondente ad una delle sottoelencate condizioni:

A= anziano ultra settantenne / B= minore (alla data di compilazione della domanda) / C=disabile con invalidità pari o superiore al 74% (allegato obbligatorio: copia certificato di invalidità) / D= componente del nucleo familiare in carico ai Servizi Sociali o alle competenti A.S.L. (indicare quale) _____

DI ESSERE CONDUTTORE DELL'UNITÀ ABITATIVA SITA NEL COMUNE di _____

in (via/viale/largo/piazza) _____ n. _____ int. _____

(sono esclusi dal beneficio gli inquilini titolari del contratto di locazione per alloggi di proprietà del Comune o Aler a canone sociale e moderato)

Categoria catastale _____ (sono escluse dal beneficio le categorie catastali A/1, A/8 e A/9);

in forza di contratto di locazione stipulato in data _____ e registrato in

data _____ (allegare copia contratto di locazione con estremi di registrazione)

ad un canone annuo (escluse le spese condominiali) pari ad € _____

DI ESSERE MOROSO nel pagamento del canone di affitto dal (mese/anno) _____ in relazione al contratto di locazione sopraindicato, per il quale è stata emessa l'intimazione di sfratto in data _____

(allegare copia intimazione di sfratto)

che, ad oggi, la procedura di sfratto è giunta sino a: (barrare la casella corretta)

☐ convalida di
sfratto

☐ atto di
precetto

☐ preavviso di
sloggio

☐ n. _____
accessi

che la morosità, alla data di sottoscrizione della presente richiesta è pari ad € _____ ed

è sopravvenuta a seguito di perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare per (barrare la/le situazione/i ricorrente/i):

☐ perdita del lavoro per licenziamento del/la Sig./Sig.ra _____ dal
(mese/anno) _____ (allegare copia lettera di licenziamento)

☐ riduzione dell'orario di lavoro del/ la Sig./ Sig.ra _____ dal
(mese/anno) _____ (allegare comunicazione di riduzione di attività lavorativa)

☐ cassa integrazione ordinaria o straordinaria del/la Sig./Sig.ra _____ dal
(mese/anno) _____ (allegare comunicazione di sospensione dal lavoro)

☐ mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico del/la Sig./Sig.ra _____
_____ dal (mese/anno) _____ (allegare copia del contratto di lavoro scaduto)

☐ cessazione di attività libero-professionale o di impresa registrata del/la Sig./Sig.ra _____
_____ dal (mese/anno) _____ (allegare visura camerale)

☐ malattia grave del/la Sig./Sig.ra _____ dal (mese/anno) _____
per la quale sono state sostenute spese mediche pari ad € _____ (allegare copia del
certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera; copia delle fatture /ricevute fiscali relative alle spese mediche)

☐ infortunio del/la Sig./Sig. ra _____ dal (mese/anno) _____
per la quale sono state sostenute spese mediche pari ad € _____ (allegare copia
certificazione infortunio; copia delle fatture / ricevute fiscali relative alle spese mediche)

☐ decesso del/la Sig./Sig.ra _____ in data (mese/anno) _____

- ☐ accrescimento del nucleo familiare:
- ☐ per nascita del figlio/a _____
 - ☐ per l'ingresso di componente a carico _____ vincolo di parentela _____
- ☐ riduzione del nucleo familiare per uscita dal nucleo del/la Sig./Sig.ra _____ a causa di _____
- ☐ altro _____

DICHIARA INOLTRE DI AVERE:

- ☐ un reddito I.S.E. non superiore ad € 35.000,00 (allegare copia della certificazione in corso di validità)
- ☐ un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore I.S.E.E. non superiore a € 26.000,00 (allegare copia della certificazione in corso di validità)

DICHIARA, INOLTRE, CHE RELATIVAMENTE ALLA CERTIFICAZIONE DEI REDDITI DEL NUCLEO FAMILIARE

i seguenti componenti hanno percepito un reddito complessivo ai fini IRPEF pari a:

(nel caso di decesso, allontanamento o ingresso di familiare devono essere inseriti anche i redditi relativi a tali soggetti):

N.PROGR Componente nucleo come indicato nella prima tabella	Reddito dell'anno precedente a quello in cui si è verificata la causale della condizione di morosità incolpevole	Reddito dell'anno in cui si è verificato l'evento che ha determinato la riduzione della capacità reddituale	Reddito successivo all'anno in cui si è verificato l'evento che ha determinato la riduzione della capacità reddituale

N.B. devono essere inseriti in tabella i redditi di tutti i componenti in età lavorativa, indicando 0 in mancanza di reddito.

CHIEDE:

di essere ammesso/a all'erogazione del contributo per morosità incolpevole, previsto dal Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 30 Marzo 2016, secondo le linee guida approvate da Regione Lombardia con D.G.R. n. 5395 del 18 ottobre 2021.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la mancata produzione dei documenti da allegare obbligatoriamente, ovvero la produzione di documentazione incompleta o incongruente, determinerà l'impossibilità di riconoscere i benefici previsti dal presente Avviso Pubblico.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere consapevole che l'erogazione del fondo è subordinata alla definizione delle somme a tal fine messe a disposizione da Stato e Regione, nonché dei criteri di erogazione.

c

(Firma del/la dichiarante) _____

ELENCO DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLEGATA ALLA RICHIESTA:

- ☐ Copia documento identità valido e codice fiscale (di tutti i componenti il nucleo) obbligatorio;
- ☐ Copia del permesso di soggiorno valido/carta soggiorno (per gli extra comunitari)obbligatorio;
- ☐ Copia del certificato di invalidità attestante la percentuale (per gli invalidi) - obbligatorio;
- ☐ Copia del contratto di locazione debitamente registrato - obbligatorio;
- ☐ Copia dell'intimazione di sfratto - obbligatorio;
- ☐ Documentazione attestante perdita o riduzione del reddito (copia lettera licenziamento - copia comunicazione di riduzione attività lavorativa – copia comunicazione di sospensione dal lavoro - copia del contratto di lavoro scaduto - copia visura camerale) - obbligatorio;
- ☐ Informativa sulla privacy - obbligatorio

A titolo esemplificativo, a comprova delle motivazioni indicate nell'istanza:

- ☐ Copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera;
- ☐ Copia certificazione infortunio;
- ☐ Copia delle fatture/ricevute fiscali relative alle spese mediche;
- ☐ Autocertificazione accrescimento/diminuzione del nucleo