



- che nessun componente del nucleo familiare è titolare del diritto di proprietà o di altro diritto reale di godimento su unità immobiliare sita in Regione Lombardia e adeguata alle esigenze del nucleo familiare;
- di essere residenti in un alloggio in locazione da almeno un anno nell'alloggio oggetto del contributo alla data di presentazione della domanda (farà fede la data del Protocollo del comune);
- Di essere in possesso di un ISEE 2021 in corso di validità inferiore a € 26.000,00;
- di essere, alla data di presentazione della domanda, titolare di contratto di locazione regolarmente registrato ai sensi di legge su libero mercato (compreso il canone concordato) o in alloggi in godimento o in alloggi definiti Servizi Abitativi Sociali ai sensi della L.R. 16/2016 art. 1 co. 6, con decorrenza dalla data \_\_\_\_\_ e con scadenza alla data \_\_\_\_\_, regolarmente registrato ai sensi di legge e con canone di locazione annuale pari ad euro \_\_\_\_\_;
- che il contratto di locazione è relativo ad unità immobiliare ad uso residenziale, sita in uno dei Comuni dell'Ambito di Merate e occupata, alla data di presentazione della domanda, a titolo di residenza principale da parte del dichiarante, del suo nucleo familiare anagrafico e dei soggetti a loro carico ai fini IRPEF;
- che nessun componente del nucleo familiare indicato ha già presentato domanda di contributo per il presente avviso;
- di essere a conoscenza del fatto che il presente contributo è erogabile una sola volta;
- che il nucleo familiare di appartenenza è così composto:

Cognome e Nome	Data di nascita	Parentela

**DICHIARA INOLTRE**

ai fini della valutazione delle condizioni preferenziali

A)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> <b>che nessun componente del nucleo familiare ha beneficiato nell'anno 2020 dei contributi di cui alle DGR 3008/2020 – DGR 3222/2020 e DGR 3664/2020;</b> |
|--|

**B) Che il proprio nucleo familiare, a partire da OTTORBE 2020, si è trovato in una/ più di una delle seguenti condizioni:**

PERDITA DEL POSTO DI LAVORO da parte del/i seguente/i componente/i del nucleo:

1. \_\_\_\_\_ (cognome e nome)  Barrare SE unico percettore di reddito  
2. \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

Allegare: lettera licenziamento.

MANCATO RINNOVO DEL CONTRATTO A TERMINE da parte del/i seguente/i componente/i del nucleo:

1. \_\_\_\_\_ (cognome e nome)  Barrare SE unico percettore di reddito  
2. \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

Allegare: lettera del datore di lavoro.

RIDUZIONE\* dell'orario di lavoro da parte del/i seguente/i componente/i del nucleo:

1. \_\_\_\_\_ (cognome e nome)  Barrare SE unico percettore di reddito  
2. \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

\* La riduzione deve essere riferita ad almeno tre mesi consecutivi (da ottobre 2020) e deve essere superiore al 25% della retribuzione percepita nel trimestre precedente a quello in cui si è verificata la riduzione dichiarata.

Allegare: lettera del datore di lavoro di riduzione dell'orario lavorativo + buste paga dei tre mesi in cui si è verificata la riduzione della retribuzione + ultima busta paga ricevuta prima della riduzione della retribuzione.

CESSAZIONE, INTERRUZIONE O CONSISTENTE RIDUZIONE\* di attività professionale/di impresa da parte del/i seguente/i componente/i del nucleo:

1. \_\_\_\_\_ (cognome e nome)  Barrare SE unico percettore di reddito  
2. \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

\* La riduzione deve essere riferita ad almeno tre mesi consecutivi (da ottobre 2020) e deve essere superiore al 25% dell'attività svolta nel trimestre precedente a quello in cui si è verificata la riduzione dichiarata.

Allegare: registro IVA vendite del 3° e 4° Trimestre 2020.

MESSA IN CASSA INTEGRAZIONE / F.I.S. del/i seguente/i componente/i del nucleo:

1. \_\_\_\_\_ (cognome e nome)  Barrare SE unico percettore di reddito  
2. \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

Allegare: lettera di avvio della C.I.G. + buste paga di almeno tre mensilità consecutive da cui si evince la C.I.G./F.I.S. + ultima busta paga ricevuta prima della riduzione della retribuzione.

MALATTIA o DECESSO a causa del COVID-19 del/i seguente/i componente/i del nucleo:

1. \_\_\_\_\_ (cognome e nome)  Barrare SE unico percettore di reddito  
2. \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

Allegare: certificato malattia + certificato morte.

**A TAL FINE ALLEGA:**

**DOCUMENTI OBBLIGATORI:**

- Documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
- Contratto di locazione;
- Comunicazione telematica all'Agenzia delle Entrate del rinnovo del contratto (anche con cedolare secca);
- Modulo sottoscritto dal proprietario debitamente compilato (Allegato B);
- Documento di identità in corso di validità del proprietario.

**SOLO SE SI E' DICHIARATA UNA DELLE CONDIZIONI PREFERENZIALI (A e B), ALLEGARE INOLTRE:**

**PERDITA DEL POSTO DI LAVORO**

- lettera licenziamento.

**MANCATO RINNOVO DEL CONTRATTO A TERMINE**

- lettera del datore di lavoro.

**RIDUZIONE DELL'ORARIO DI LAVORO**

- lettera del datore di lavoro di riduzione dell'orario lavorativo
- buste paga dei tre mesi in cui si è verificata la riduzione della retribuzione.
- Ultima busta paga ricevuta prima della riduzione della retribuzione

**CESSAZIONE, INTERRUZIONE O CONSISTENTE RIDUZIONE DI ATTIVITA' PROFESSIONALE/IMPRESA**

- Registro IVA vendite del 3° e 4° trimestre 2020

**MESSA IN CASSA INTEGRAZIONE / F.I.S.**

- lettera di avvio della C.I.G./F.I.S.
- buste paga di almeno tre mensilità consecutive da cui si evince la C.I.G./F.I.S.
- Ultima busta paga ricevuta prima della riduzione della retribuzione

**MALATTIA o DECESSO CAUSA COVID-19**

- certificato malattia
- certificato morte

**ATTENZIONE**

**SI RACCOMANDA DI COMPILARE LA DOMANDA IN TUTTE LE SUE PARTI E DI ALLEGARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA. IN CASO DI PRESENTAZIONE DI DOMANDA E DOCUMENTAZIONE INCOMPLETE, NON SARA' POSSIBILE SANARE IN SEGUITO E L'ISTANZA VERRA' RESPINTA.**

**DICHIARA**

Inoltre, di essere a conoscenza che, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, si potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (PRIVACY):

L'Azienda Speciale Retesalute, in qualità di Co-Titolare del trattamento, informa che il trattamento dei dati personali forniti con la presente istanza, o comunque acquisiti per tale scopo, è effettuato per l'esercizio delle funzioni connesse e strumentali alla gestione della presente richiesta ed è svolto nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza anche con l'utilizzo di procedure informatizzate, garantendo la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi.

È fatta salva la possibilità di un ulteriore utilizzo dei dati per trattamenti successivi compatibili con le finalità della raccolta anche in forma aggregata per elaborazione di statistiche riguardanti il servizio.

**Il conferimento dei dati personali contrassegnati con l'asterisco (\*) è obbligatorio e il rifiuto di fornire gli stessi determinerà l'impossibilità di dar corso alla richiesta.**

Il trattamento sarà effettuato a cura delle persone fisiche autorizzate, preposte alle relative attività procedurali, e impegnate alla riservatezza. I dati saranno conservati per il periodo necessario all'espletamento del procedimento amministrativo e in ogni caso per il tempo previsto dalle disposizioni in materia di conservazione degli atti e documenti amministrativi.

I dati non sono oggetto di diffusione o di comunicazione, fatti salvi i casi previsti da norme di legge o di regolamento.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679, e in particolare: il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o l'integrazione se incompleti o inesatti, la limitazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento, rivolgendo la richiesta all'Azienda Speciale Retesalute - in qualità di Titolare del trattamento - Piazza Vittorio Veneto 2/3 - 23807 Merate (LC), oppure al Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer - "DPO") dell'Azienda Speciale Retesalute - e-mail: [dpo.retesalute@cleway.com](mailto:dpo.retesalute@cleway.com).

Infine informa che gli interessati, ricorrendo i presupposti, possono proporre un eventuale reclamo all'Autorità di Controllo Italiana - Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma.

Data e luogo

Firma per il Consenso al trattamento