

Allegato A

DOMANDA INQUILINO

Interventi volti al sostegno per il mantenimento dell'alloggio in locazione anche a seguito delle difficoltà economiche derivanti dalla emergenza sanitaria Covid 19

**Integrazione alla MISURA UNICA di cui alle
DGR 4678 e DGR 5324**

AL COMUNE DI _____

Il sottoscritto (inquilino)

Cognome* e Nome* _____

Nato a* _____ il* _____ sesso* M ☐ F ☐

Residente a* _____ CAP * _____ Provincia* _____

Via* _____ Tel.* _____

e-mail* _____

Codice fiscale * |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio (se diverso dalla residenza) * _____

Visto il Bando "Interventi volti al sostegno per il mantenimento dell'alloggio in locazione anche a seguito delle difficoltà economiche derivanti dalla emergenza sanitaria Covid 19 - Integrazione alla MISURA UNICA di cui alle DGR 4678/2021 e DGR 5324/2021" - Ambito di Merate

CHIEDE

di poter beneficiare del contributo finalizzato al mantenimento dell'abitazione in locazione consapevole che il contributo massimo erogabile è pari a 8 mensilità di canone e comunque non oltre € 3.000,00 ad alloggio/contratto;

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e 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 residente in uno dei Comuni dell'Ambito di Merate alla data di presentazione dell'istanza;
- di non essere sottoposti a procedure di rilascio dell'abitazione (sfratto);

- 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 in possesso di un ISEE 2022 in corso di validità inferiore a € 26.000,00;
- di essere residenti in un alloggio in locazione da almeno sei mesi nell'alloggio oggetto del contributo alla data di presentazione della domanda (farà fede la data del Protocollo del comune);
- 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;
- di avere una morosità pari a mesi _____ per un importo di € _____;
- 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) che nessun componente del nucleo familiare ha beneficiato nell'anno 2021 del contributo per l'affitto di cui alle DGR 3008-3222-3664/2020 e 4678/2021

☐ SI☐ NO

B) che il nucleo familiare ha già beneficiato di altri contributi da altri enti;☐ NO ☐ SI indicare:

- l'importo/i _____

- il tipo di contributo/i _____

- Ente (Comune, Caritas, Fondo Aiutiamoci ecc...) _____

C) che il proprio nucleo familiare, che nell'anno 2021, si è trovato in una/più 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)

Allegare: attestazione ISEE anno 2021 (se posseduta), o dichiarazione dei redditi del nucleo familiare.☐ **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)

Allegare: registro IVA vendite anno 2021.☐ **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.

D) rendersi disponibile ad un colloquio con l'Ufficio Casa Ambito al fine di valutare strategie e/o possibili soluzioni per il mantenimento dell'alloggio in locazione

☐ **SI**☐ **NO**

A TAL FINE ALLEGA:

DOCUMENTI OBBLIGATORI:

- Documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità (2022);
- Contratto di locazione;
- Comunicazione telematica di registrazione all'Agenzia delle Entrate e del successivo rinnovo se posseduto (anche per cedolare secca);
- Modulo sottoscritto dal proprietario debitamente compilato (Allegato B);
- Documento di identità in corso di validità del proprietario.

SOLO SE SI È DICHIARATA UNA DELLE CONDIZIONI INDICATE NEL PUNTO C DELLA DOMANDA ALLEGARE

INOLTRE:

PERDITA DEL POSTO DI LAVORO

- lettera licenziamento;
- Mancato rinnovo del contratto a termine;

RIDUZIONE DELL'ORARIO DI LAVORO

- Attestazione ISEE del nucleo familiare dell'anno precedente (2021) se posseduta, oppure dichiarazione dei redditi (2021);

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

- Registro IVA vendite 2021;

MALATTIA o DECESSO CAUSA COVID-19

- certificato malattia e/o di 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 DOMANDE INCOMPLETE, LA DOMANDA NON SARA' VALUTATA.

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.

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