

**Amministrazione destinataria**

Comune di Erba

**Ufficio destinatario**

Ufficio Servizi Sociali

## Domanda di erogazione di bonus economici a sostegno di famiglie con morosità incolpevole iniziale nel pagamento del canone di locazione da episodi imprevisti

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

l'erogazione di un contributo economico finalizzato a

 chiusura debito pregresso altro (specificare)
**Soggetto interessato** riferito a se stesso riferito alla persona di seguito specificata**soggetto interessato**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA** di avere la residenza anagrafica nel Comune di Erba

- di avere Cittadinanza italiana o di uno stato membro dell'Unione Europea ovvero cittadini extracomunitari titolari di permesso di soggiorno valido al momento della presentazione della domanda
- di non essere titolare di diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione in Regione Lombardia di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del nucleo familiare (né il richiedente né alcun altro componente del nucleo familiare)
- di essere titolare di contratto di locazione immobiliare ad uso abitativo regolarmente registrato e di risiedere stabilmente nell'alloggio da almeno un anno
- di essere fruitore di Reddito di Cittadinanza /Assegno di Inclusione determinato nell'importo Mensile

Codice fiscale beneficiario	Importo mensile	
		€

- di
  - possedere l'attestazione ISEE in corso di validità
 

Importo	Protocollo DSU
€	
  - non possedere la dichiarazione ISEE al momento della presentazione della domanda al momento della presentazione della domanda e, consapevole che l'istruttoria della domanda sarà sospesa, si impegna a produrre tale documentazione entro il termine di 60 giorni dalla data di sottoscrizione della presente domanda

- che il proprio nucleo anagrafico è composto dalle seguenti persone

**componente n. 1**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
Stato civile	Rapporto di parentela	
Professione		

**componente n. 2**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
Stato civile	Rapporto di parentela	
Professione		

**componente n. 3**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita
Stato civile	Rapporto di parentela	
Professione		

**componente n. 4**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stato civile	Rapporto di parentela		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Professione	<input type="text"/>		

- di essere conduttore della seguente unità abitativa in forza di contratto di locazione sottoscritto dal seguente proprietario o locatore

Proprietario	Nome
Cognome	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Dati contratto di locazione	Data registrazione contratto
Data stipulazione contratto	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
Canone annuo (escluse spese condominiali)	
<input type="text"/>	€

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

- di essere moroso nel pagamento del Canone di affitto per i seguenti mesi

Importo mensile	Mesi
<input type="text"/>	<input type="text"/>
€	

- che la perdita o consistente riduzione della capacità reddituale nel nucleo familiare è riconducibile alle seguenti condizioni

perdita del lavoro per licenziamento del seguente soggetto

Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mese licenziamento	Anno licenziamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Pertanto allega copia lettera di licenziamento**

riduzione dell'orario di lavoro del seguente soggetto

Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mese riduzione oraria	Anno riduzione oraria
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Pertanto allega comunicazione di riduzione attività lavorativa**

cassa integrazione ordinaria o straordinaria del seguente soggetto

Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mese inizio cassa integrazione	Anno CassaIntegrazione oraria
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Pertanto allega comunicazione di sospensione dal lavoro**

mancato rinnovo contratto a termine o di lavoro atipico del seguente

Nome

Codice Fiscale

Mese fine lavoro

Anno fine lavoro

**Pertanto allega copia del contratto di lavoro scaduto**

cessazione di attività libero-professionale o di impresa registrata dal seguente soggetto

Nome

Codice Fiscale

Mese fine lavoro

Anno fine lavoro

**Pertanto allega visura camerale**

malattia grave per la quale sono state sostenute le seguenti spese mediche

Nome

Codice Fiscale

Mese fine lavoro

Anno fine lavoro

Importo spese mediche

€

**Pertanto allega spese mediche e copia del certificato medico**

- di non aver presentato, al Comune di Erba, istanza per contributi affini finalizzati alla copertura dei canoni di locazione oppure ex DGR 3008/2020, n.3222/2020, n.3664/2020, n.4678/2021, n.5324/2021 al Consorzio Erbese Servizi alla Persona
- di autorizzare il servizio sociale del Comune di Erba ad erogare direttamente al locatore mediante la formula bonifico bancario l'intero contributo economico eventualmente riconosciuto attraverso il presente bando

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia dell'attestazione ISEE
- copia del certificato OBIS/M indicante le pensioni percepite dai componenti del nucleo familiare nell'anno corrente
- copia del contratto di locazione
- copia della ricevuta di pagamento dell'ultimo canone di locazione
- copia lettera di licenziamento
- comunicazione di riduzione attività lavorativa
- comunicazione di sospensione dal lavoro
- copia del contratto di lavoro scaduto
- visura camerale
- spese mediche e copia del certificato medico
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Erba CO

Luogo

Data

il dichiarante