

**AL COMUNE DI TERRALBA  
SERVIZI SOCIALI**

**OGGETTO:** DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEI CONTRIBUTI PREVISTI DAL D.L. N. 102/2013 CONVERTITO NELLA L. N. 124/2013 IN FAVORE DEGLI INQUILINI MOROSI INCOLPEVOLI, TITOLARI DI CONTRATTO DI LOCAZIONE AD USO ABITATIVO E SOGGETTI A PROVVEDIMENTO DI SFRATTO – ANNO 2016 – **SCADENZA:** ENTRO E NON OLTRE GIOVEDÌ 26 GENNAIO 2017, ORE 13,00.

Il/La Sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_,

residente a Terralba, in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'assegnazione del contributo previsto dal fondo nazionale destinato agli inquilini morosi incolpevoli, istituito ai sensi dell'art. 6 comma 5 del D.L. n. 102 /2013 convertito dalla L. n. 124/2013 e dal Decreto Ministero dei Lavori Pubblici n. 202 del 14.05.2014.

Al tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa,

**DICHIARA**

**1)** Di essere **titolare** di contratto di locazione ad uso abitativo regolarmente registrato, con decorrenza dalla data \_\_\_\_\_ e con scadenza in data \_\_\_\_\_, di una unità immobiliare, non appartenente alle categorie catastali A/1, A/8 A/9.

**2)** Di essere **destinatario di un atto di intimidazione di sfratto per morosità**, ricevuto in data \_\_\_\_\_ **con citazione di convalida**, fissata per il giorno \_\_\_\_\_.

**3)** Di risiedere nell'alloggio oggetto della procedura di sfratto da **almeno un anno alla data dell'atto di citazione di convalida**.

**4)** Di essere in **situazione di morosità incolpevole a causa di una consistente riduzione del reddito** per le seguenti cause:

Perdita di lavoro per licenziamento, avvenuto in data \_\_\_\_\_

Mobilità, a decorrere dal giorno \_\_\_\_\_

Cassa integrazione, intervenuta in data \_\_\_\_\_

Mancato rinnovo di contratto a termine, avvenuto in data \_\_\_\_\_

Accordo aziendale e sindacale con riduzione dell'orario di lavoro, intervenuti in data \_\_\_\_\_

Cessazione di attività professionale o di impresa, dal giorno \_\_\_\_\_

Malattia grave di un componente della famiglia, avvenuto in data \_\_\_\_\_

Decesso di un componente della famiglia, avvenuto in data \_\_\_\_\_

5) Di avere un reddito **ISE** (indicatore della Situazione Economica) **non superiore a € 35.000,00** o un valore **ISEE** (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) **non superiore a € 26.000,00**.

6) Di non essere titolare di contratto di locazione di unità immobiliare classificata nelle categorie catastali A1, A8, A9.

7) Di non essere titolare, né il richiedente né alcun componente del nucleo familiare, del diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione nella provincia di residenza di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del nucleo familiare.

8) Di non beneficiare di altre indennità e/o contributi erogati per lo stesso titolo da altri Enti.

9) Che il proprio nucleo familiare è composto dalle seguenti persone:

codice fiscale	cognome e nome	data di nascita	Condizione (*)	Parentela

**Condizione (\*):** (1)-anziano ultrasettantenne; (2)-minorenne; (3)-soggetto con invalidità accertata per almeno il 74%; (4)-soggetto in carico ai Servizi Sociali o alle competenti aziende sanitarie locali per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale.

9) Di aver letto attentamente il bando pubblico approvato con determinazione del responsabile del servizio "Servizi Territoriali alla Persona" n. 657 del 23.12.2016 e di accettare tutte le norme in esso contenute.

10) Di essere a conoscenza che, nel rispetto del D.lgs. 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

**Chiede** che il contributo, qualora sia assegnato, venga liquidato con la seguente modalità:

**accreditato sul c/c bancario o postale (conto corrente e non libretto di risparmio)** intestato a se medesimo o cointestato:

codice **IBAN**: \_\_\_\_\_

(scrivere in modo leggibile o allegare copia rilasciata dalla Banca o Posta)

**QUIETANZA DIRETTA DEL SOTTOSCRITTO** (solo per importi inferiori a € 1.000,00)

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:**

1. copia del documento di riconoscimento (in corso di validità) e copia del codice fiscale del dichiarante
2. Copia contratto di locazione registrato unitamente a copia dell'atto di intimazione di sfratto per morosità e contestuale citazione per la convalida
3. Copia documentazione attestante le cause di morosità incolpevole indicate all'art. 2 del bando
4. Dichiarazione ISEE
5. Ulteriore documentazione attestante la presenza all'interno del nucleo di componenti con invalidità accertata per almeno il 74%, ovvero in carico ai servizi sociali o alle competenti aziende sanitarie locali.
6. Per i soli richiedenti extracomunitari, copia del titolo di soggiorno

**TERRALBA** \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_