

**DOMANDA DI ACCESSO ALLE AZIONI DI SUPPORTO ALL'ABITARE
D.G.R. 3664/2020 per i Comuni dell'Ambito del Piano di Zona di LODI**

Cognome					Nome				
Indirizzo residenza							Civico.		
CAP			Comune				Prov.		
Telefono fisso				Cellulare					
E-mail									
codice fiscale									
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Comune di Nascita				Prov.		
Nazione di Nascita						Data di Nascita	/ /		
Cittadinanza (Nome Stato)									
DOCUMENTO DI IDENTITÀ'									
n° documento			rilasciato dal Comune di				in data		

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Chiede di essere ammesso alla MISURA UNICA di supporto all'abitare anche in relazione alle difficoltà economiche conseguenti alla situazione di emergenza sanitaria determinata dal COVID 19 nell'anno 2020 che sarà erogata direttamente al proprietario di casa.

E PER QUESTO DICHIARA

di far parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti anche dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere in stato di bisogno,

avente i seguenti requisiti:

- non essere sottoposti a procedure di rilascio dell'abitazione;
- non essere proprietari di alloggio adeguato in Regione Lombardia;
- avere un ISEE max fino a € 26.000,00;
- essere residenti in un alloggio in locazione da almeno un anno, a partire dalla data di presentazione della domanda

Di essere in una o più delle condizioni seguenti:

- perdita del posto di lavoro;
- consistente riduzione dell'orario di lavoro;
- mancato rinnovo dei contratti a termine;
- cessazione di attività libero-professionali;
- malattia grave, decesso di un componente del nucleo familiare;
- altro; specificare:

Altre informazioni utili alla verifica della domanda:

Data inizio morosità: ____ / ____ / ____

Numero mesi di morosità: _____

Affitto mensile: € _____

Morosità cumulata alla data delle Domanda: € _____

- il nucleo familiare è composto da n. persone
 - di cui minori
 - di cui anziani
 - di cui disabili

di essere disoccupato dal,

di essere un lavoratore dipendente (*indicare la professione*) presso l'Aziendasituata a, di essere impossibilitato dalla data a svolgere il lavoro per il seguente motivo (*spiegare brevemente*):

.....

di essere lavoratore autonomo (*indicare la professione*) con attività svolta nel Comune die di essere impossibilitato a svolgere il lavoro a causa per il seguente motivo (*spiegare brevemente*)

.....

di essere lavoratore stagionale o precario (*indicare la professione e indicare il settore*), e di non essere beneficiario di una tipologia di ammortizzatore sociale,

di essere pensionato (*indicare la tipologia e l'importo netto mensile*),

di non percepire il Reddito di Cittadinanza,

di percepire il Reddito di Cittadinanza dell'importo mensile di €,

di non percepire la Pensione di Cittadinanza,

di percepire la Pensione di Cittadinanza dell'importo mensile di €,

di NON essere percettore di altre forme di sostegno il reddito da altro Ente (es. INPS ecc...)

altra condizione da segnalare che illustri le ragioni dello stato di

bisogno.....

.....

Con la firma in calce, io sottoscritto presto il consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16) contenuti nel presente modulo ai sensi e per gli effetti del predetto Regolamento.

Autorizza altresì i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. anagrafe, servizi sociali ecc.) e nazionali (es. INPS, Guardia di Finanza ecc.) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

(luogo e data)

IL DICHIARANTE

.....

.....

Allego:

- Copia del Contratto di locazione in essere.