

All' ASP CIRCONDARIO IMOLESE

Viale D'Agostino 2/A- 40026 Imola BO
 TRAMITE IL COMUNE DI DOZZA

FONDO PER IL SOSTEGNO ALL'ACCESSO ALLE ABITAZIONI IN LOCAZIONE per il pagamento dei canoni relativi all'anno 2017 – COMUNE DI DOZZA

(L. 431/98, L.R. 24/2001 e successive modificazioni ed integrazioni ai sensi della Delibera Regionale n. 1417 del 25/09/2017)

DOMANDA DI CONTRIBUTO

RICHIEDENTE:

Nome e Cognome	
Luogo e data di nascita	
Residente a	
Via/ Piazza/numero	
Codice Fiscale	
Telefono	
Fax	
e-mail	

Con riferimento al Bando Pubblico approvato con Delibera G.C. N. 14 del 10/04/2018

CHIEDE

di essere ammesso al contributo per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione di cui all'art. 11 della L. 9/1988 n. 431 e art. 38 della L.R. 24/01 e successive modifiche ed integrazione.

A tal fine, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445:

DICHIARA

VARIAZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE solo se diverso dall'attestazione ISEE allegata

Nome e Cognome	Luogo e data di nascita

Cittadinanza del beneficiario:

(BARRARE IL CAMPO RELATIVO ALLA SITUAZIONE ESISTENTE)

Cittadino Italiano	SI	NO	
Cittadino di Stato aderente all'Unione Europea	SI	NO	
Cittadino di uno Stato non appartenente all'UE in possesso di valido permesso di soggiorno o richiesta di rinnovo presentata a _____ il _____	SI	NO	Doc. da allegare

Contratto di locazione:

(BARRARE IL CAMPO RELATIVO ALLA SITUAZIONE ESISTENTE)

Titolare di contratto ad uso abitativo di un immobile ubicato nel Comune di Dozza registrato all'Agenzia delle Entrate di _____ N. _____ di categoria catastale _____	SI	NO
Contratto di locazione relativo alla categoria catastale A/1,A/8 e A/9	SI	NO
Di essere residente nell'alloggio oggetto del contratto di cui sopra	SI	NO

(BARRARE IL CAMPO RELATIVO ALLA SITUAZIONE ESISTENTE)

Il nucleo è in regola con il pagamento dei canoni di locazione	SI	NO
Nessuno dei componenti il nucleo è titolare di alloggio ERP sul territorio nazionale	SI	NO
Nessuno dei componenti il nucleo ha diritti di proprietà, uso, usufrutto o equiparato (diritto di abitazione) in ambito nazionale per una quota superiore al 50%	SI	NO

Condizioni che non sono causa di esclusione dal contributo:

(BARRARE IL CAMPO RELATIVO ALLA SITUAZIONE ESISTENTE)

Titolarità afferente la sola nuda proprietà, in quanto presenti diritti di usufrutto o diritto di abitazione a favore di soggetto non appartenente al nucleo richiedente	SI	NO	
Abitazione inagibile o inabitabile situata nel Comune di _____ con provvedimento n. _____ del _____	SI	NO	
Alloggio assegnato al coniuge per effetto di sentenza di separazione	SI	NO	Allegare separazione
Alloggio rimasto in disponibilità all'ex convivente	SI	NO	Allegare scrittura autenticata
Alloggio oggetto di procedura di pignoramento notificata in data _____ con provvedimento di rilascio emesso dal Giudice Esecutore	SI	NO	Allegare notifica
Che nella stessa unità immobiliare oggetto del contratto è residente il seguente nucleo familiare _____ che è titolare di un proprio contratto di locazione con un canone annuo di € _____	SI	NO	

Condizioni del nucleo:

(COMPILARE I CAMPI RELATIVI ALLA SITUAZIONE ESISTENTE)

Che il valore ISEE del nucleo familiare non superiore a € 17154,30. Il valore ISEE da prendere in considerazione è quello "ordinario" con scadenza il 15/01/2019 è _____ di _____	€ _____	In mancanza di attestazione allegare ricevuta di avvenuta presentazione ISEE
Che il canone di locazione indicato nell'ISEE è pari a € _____ annui per un importo mensile di _____	€ _____	

Che il nucleo è moroso rispetto al pagamento dei canoni di locazione 2017 per un importo di	€ _____	Allegare dichiarazione proprietario

Di accettare tutte le norme del bando e di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa al contratto o alla composizione anagrafica dichiarati nella domanda
Di essere informato che potranno essere eseguiti controlli per accertare la veridicità di quanto dichiarato nel presente bando e di essere consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni mendaci

ALLEGATI OBBILIGATORI in assenza la domanda non sarà ritirata:

(BARRARE IL CAMPO RELATIVO)

Contratto di locazione	<input type="checkbox"/>	
Ricevute pagamento canoni di locazione anno 2017 o dichiarazione del proprietario	<input type="checkbox"/>	
Attestazione ISE ed ISEE con scadenza al 15/01/2019	<input type="checkbox"/>	
Rinnovo contratto dopo la prima scadenza	<input type="checkbox"/>	
Permesso di soggiorno o ricevuta di rinnovo	<input type="checkbox"/>	Solo per cittadini immigrati
Dichiarazione sullo stato di morosità, rilasciata dal locatore	<input type="checkbox"/>	Solo in caso di morosità
Fotocopia codice IBAN	<input type="checkbox"/>	
Fotocopia di un documento d'identità valido del richiedente se la domanda viene presentata per posta o da terza persona	<input type="checkbox"/>	
Separazione giudiziale/consensuale o scrittura privata autenticata per l'ex convivente	<input type="checkbox"/>	Solo in caso di separazione
Notifica provvedimento di rilascio relativa al pignoramento dell'immobile	<input type="checkbox"/>	Solo in caso di pignoramento

ALLEGATI FACOLTATIVI

(BARRARE IL CAMPO RELATIVO)

Ricevuta presentazione DSU per il calcolo ISEE	<input type="checkbox"/>	

Di essere consapevole che la liquidazione dell'eventuale contributo spettante avverrà, ai sensi della normativa vigente sulla trasparenza e tracciabilità dei pagamenti, ((art. 49, comma 1 decreto legislativo 21 novembre 2007 e art. 1, comma 1, lettera b) n. 6 del decreto legislativo n. 11 del 27/01/2010) se il contributo da erogare è complessivamente uguale o superiore a 1.000,00 euro.

RICHIESTE

**CHE LA LIQUIDAZIONE DELL'EVENTUALE CONTRIBUTO SPETTANTE AVVENGA
CON UNA DELLE SEGUENTI MODALITA':**

accredito sul conto corrente intestato al beneficiario, e a tal fine si attesta che il numero di conto corrente è identificato dal seguente codice IBAN:

IBAN Paese	Cin EU	Cin IT	ABI	CAB	n. conto

riscossione diretta presso Tesoreria dell'ASP Circondario Imolese – Banca di Imola SPA

di delegare alla riscossione diretta il/la sig./ra

nato/a a il residente a

in via C.F.

Dichiara infine di aver preso atto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del "Codice in materia di protezione dei dati personali", di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i., essendo a conoscenza che:

- Il trattamento dei dati personali inseriti nella domanda è finalizzato alla gestione del relativo procedimento amministrativo;
- Il titolare del trattamento è il Comune di Dozza e il responsabile del trattamento è il Direttore dell'ASP Circondario Imolese;
- Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., (accesso ai propri dati personali, rettifica, aggiornamento e cancellazione dei dati se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge) rivolgendosi al responsabile del trattamento;

Quanto autocertificato nella presente istanza è vero e documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

delego il signor _____ a presentare la domanda per mio conto

In fede

data,

.....
FIRMA DEL RICHIEDENTE

Il funzionario addetto
