

**All' ASP CIRCONDARIO IMOLESE**  
 Viale D'Agostino 2/A- 40026 Imola BO  
 TRAMITE IL COMUNE DI CASTEL GUELFO DI BOLOGNA

FONDO PER IL SOSTEGNO ALL' ACCESSO ALLE ABITAZIONI IN LOCAZIONE PER IL PAGAMENTO  
 DEI CANONI RELATIVI ALL'ANNO 2017 - COMUNE DI CASTEL GUELFO DI BOLOGNA

**DOMANDA DI CONTRIBUTO**

**Il sottoscritto:**

|                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <b>Cognome e Nome</b>          |                                 |
| <b>Luogo e data di nascita</b> |                                 |
| <b>Residente a</b>             | <b>Castel Guelfo di Bologna</b> |
| <b>Via/ Piazza/numero</b>      |                                 |
| <b>Codice Fiscale</b>          |                                 |
| <b>Telefono</b>                |                                 |
| <b>Fax</b>                     |                                 |
| <b>e-mail</b>                  |                                 |

Con riferimento al Bando Pubblico approvato con Determina del Direttore Asp n. \_\_\_\_\_ del 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**

**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE solo se diverso dall'attestazione ISEE allegata**

| <b>Nome e Cognome</b> | <b>Luogo e data di nascita</b> |
|-----------------------|--------------------------------|
|                       |                                |
|                       |                                |
|                       |                                |
|                       |                                |
|                       |                                |

**Cittadinanza del richiedente:**

*(BARRARE IL CAMPO RELATIVO ALLA SITUAZIONE ESISTENTE)*

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

## Contratto di locazione:

(BARRARE IL CAMPO RELATIVO ALLA SITUAZIONE ESISTENTE)

|  |    |    |
|--|----|----|
| Titolare di contratto ad uso abitativo di un immobile ubicato nel Comune di Castel Guelfo di Bologna registrato all'Agenzia delle Entrate di _____ N. _____ di categoria catastale _____ | SI | NO |
| Titolare di contratto ad uso abitativo di un immobile ubicato nel Comune di Castel Guelfo di Bologna il cui canone è assoggettato ad Iva   | SI | NO |
| Contratto di locazione relativo a immobile ascritto 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 |
| I componenti del nucleo sono titolari di alloggio ERP sul territorio nazionale   | SI | NO |
| I componenti del nucleo hanno 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 nel caso sussista la proprietà di un immobile:

(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 _____ dichiarata tale con provvedimento emesso dal _____ 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 € _____ |  | In mancanza di attestazione |
|---|--|-----------------------------|

|   |                    |  |
|---|--------------------|--|
| 17.154,30 in quanto il valore ISEE “ordinario” risultante dall'attestazione Inps con scadenza il 15/01/2019 è di<br>Che il nucleo è moroso rispetto al pagamento dei canoni di locazione 2017 per un importo di | € _____<br>€ _____ | allegare ricevuta di avvenuta presentazione ISEE |
| Che il canone di locazione corrisposto è pari a € _____ annui per un importo mensile di   | € _____            |  |

**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 stranieri |
| 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"/> |                              |
| Notifica provvedimento di rilascio relativa al pignoramento dell'immobile   | <input type="checkbox"/> | Solo in caso di pignoramento |
| Separazione giudiziale/consensuale o scrittura privata autenticata per l'ex convivente                                  | <input type="checkbox"/> | Solo in caso di separazione  |

**ALTRI ALLEGATI (FACOLTATIVI)**  
(BARRARE IL CAMPO RELATIVO )

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

## RICHIEDE

che la liquidazione dell'eventuale contributo spettante avvenga con 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<br>Paese | Cin EU | Cin<br>IT | ABI | CAB | n. conto |
|---------------|--------|-----------|-----|-----|----------|
|               |        |           |     |     |          |

Dichiara infine di aver preso atto dell'informativa resa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e di essere consapevole che:

- il conferimento dei dati contenuti nella presente domanda non è facoltativo ma necessario per l'accesso al contributo in questione;
- il trattamento dei dati personali inseriti nella presente domanda è finalizzato alla sola gestione del relativo procedimento amministrativo;
- il titolare del trattamento è il Comune di Castel Guelfo di Bologna e il responsabile del trattamento è il Direttore dell'ASP Circondario Imolese;
- il responsabile delle protezioni dei dati è stato individuato da Asp nella società Lepida SpA ([dpo-team@lepida.it](mailto:dpo-team@lepida.it));
- i dati sono trattati da personale interno dell'Asp e del Comune previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento e in caso di ammissione al contributo saranno comunicati all'Istituto Tesoriere dell'ente per il pagamento;
- può esercitare i diritti di accesso ai dati personali che lo riguardano ai sensi della normativa vigente (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

---