

Esente da bollo

Prot n° _____
Data _____
Titolo ___ Classe ___

ALL'ASP CIRCONDARIO IMOLESE

FONDO PER IL SOSTEGNO ALL'ACCESSO ALLE ABITAZIONI IN LOCAZIONE per il pagamento dei canoni relativi all'anno 2018- COMUNE DI MEDICINA

(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 Determina n. 362 del 23/10/2018

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 Medicina registrato all’Agenzia delle Entrate di _____ N. _____ di categoria catastale _____	SI	NO
Di essere residente nell’alloggio oggetto del contratto di cui sopra	SI	NO
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, 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 di un immobile inferiore al 50%	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 _____ 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 è superiore a € 10.000 Il valore ISEE da prendere in considerazione è quello “ordinario” con scadenza il 15/01/2019 ed ammonta a	€ _____	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 2018 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 OBBLIGATORI in assenza la domanda non sarà ritirata:

(BARRARE IL CAMPO RELATIVO)

Contratto di locazione	<input type="checkbox"/>	
Ricevute pagamento canoni di locazione anno 2018 o dichiarazione del proprietario	<input type="checkbox"/>	
DSU e Attestazione ISE ed ISEE con scadenza al 15/01/2019	<input type="checkbox"/>	
Rinnovo contratto dopo la prima scadenza (F23)	<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"/>	

RICHIEDE

CHE LA LIQUIDAZIONE DELL'EVENTUALE CONTRIBUTO SPETTANTE AVVENGA MEDIANTE:

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

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 Medicina e il responsabile del trattamento è l'ASP Circondario Imolese;
- il responsabile della protezione dei dati è stato individuato da Asp nella società Lepida SpA (dpo-team@lepida.it);
- i dati sono trattati da personale interno dell'Asp 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 chiedere l'accesso ai dati personali che lo riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del RGPD) presentando apposita istanza al Responsabile della protezione dei dati personali

Dichiara altresì che 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
