

**DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI MOROSITÀ INCOLPEVOLE E L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO DI SOSTEGNO AI NUCLEI FAMILIARI TITOLARI DI CONTRATTO DI LOCAZIONE SOTTOPOSTI A PROCEDURA DI SFRATTO** (Decreto Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti del 30/03/2016 – D.G. Regione Marche n. 82 del 30/01/2017 e ss.mm.ii.)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IN PROVINCIA DI \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN PROVINCIA DI \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CIVICO \_\_\_\_\_

**(NOTA BENE: sono esclusi dal beneficio i soggetti residenti nell'alloggio da meno di un anno rispetto alla data dell'atto di intimazione di sfratto)**

TELEFONO \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

*Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti*

**DICHIARA DI ESSERE**

- Cittadino italiano / Cittadino UE
- Cittadino non appartenente all'UE in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità con scadenza il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ **((allegato obbligatorio [1]: copia del permesso di soggiorno))**
- Cittadino non appartenente all'UE in possesso di richiesta di rinnovo del permesso presentata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ **((allegati obbligatori [1]: copia del permesso di soggiorno e [2]: copia della richiesta di rinnovo))**
- Cittadino non appartenente all'UE in possesso di carta di soggiorno / permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo **((allegato obbligatorio [3]: copia della carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE))**

**CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE** è composto da:

N	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	CONDIZIONE (A)*	RELAZIONE (B)*
						RICHIEDENTE

**(A)\* Indicare il numero corrispondente ad una delle sottoelencate condizioni:**

- 1 = anziano ultra settantenne
- 2 = minore (alla data della compilazione della domanda)
- 3 = disabile con invalidità  $\geq$  al 74% (allegato obbligatorio [4]: copia del certificato di invalidità)
- 4 = componente del nucleo familiare in carico ai Servizi Sociali o alle competenti A.T.S. **(indicare quale)** \_\_\_\_\_ per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale.

**(B)\* Indicare la relazione con il richiedente (moglie, marito, figlio/a, genitore, ecc..)**

**DI ESSERE CONDUTTORE** dell'unità abitativa sita in Via \_\_\_\_\_ Civ. \_\_\_\_ Int. \_\_\_\_

DATI CATASTALI: Foglio \_\_\_\_ Mappale \_\_\_\_ Subalterno \_\_\_\_ Categoria Catastale \_\_\_\_ *(sono escluse dal beneficio le categorie catastali A/1, A/8 e A/9)*

in forza di contratto di locazione sottoscritto con il Signor/a (**PROPRIETARIO/LOCATORE**) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

STIPULATO IN DATA (*data stipula originaria*) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E REGISTRATO IN DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*((allegato obbligatorio [5]: copia contratto di locazione con estremi di registrazione ed eventuale subentro))* AD UN CANONE ANNUO (escluse le spese condominiali) PARI AD € \_\_\_\_\_

**DI ESSERE MOROSO** nel pagamento del canone di affitto dal (*giorno/mese/anno – riportare la medesima data*

*indicata nell'atto di intimazione*) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in relazione al contratto di locazione sopraindicato, per il quale è stata emessa l'intimazione di sfratto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ *((allegato obbligatorio [6]: copia intimazione di sfratto))*

**CHE, AD OGGI, LA PROCEDURA DI SFRATTO** è giunta sino a:

- intimazione di sfratto
- convalida di sfratto
- altro \_\_\_\_\_

**CHE LA MOROSITÀ, ALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA È PARI** ad

€ \_\_\_\_\_ ed è sopravvenuta a seguito di perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare, per una o più tra le cause di seguito indicate, intervenuta entro il periodo massimo di due anni precedenti l'anno di pubblicazione del presente bando (barrare la/le situazione/i ricorrente/i):

- perdita del lavoro per licenziamento del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ dal (mese e anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ *((allegato obbligatorio [7]: copia lettera di licenziamento))*
- riduzione dell'orario di lavoro del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ dal (mese e anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ *((allegato obbligatorio [8]: comunicazione di riduzione di attività lavorativa))*
- cassa integrazione ordinaria o straordinaria del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ dal (mese e anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ *((allegato obbligatorio [9]: comunicazione di sospensione dal lavoro))*
- mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ dal (mese e anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ *((allegato obbligatorio [10]: copia del contratto di lavoro scaduto))*
- cessazione di attività libero-professionale o di impresa registrata del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ *((allegato obbligatorio [11]: visura camerale))*
- malattia grave del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ *((allegato obbligatorio [12]: copia del certificato medico della struttura sanitaria o ospedaliera))*
- infortunio del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ *((allegato obbligatorio [13]: copia certificazione infortunio))*
- decesso del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ in data (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ *(Nota: per tale caso, il nominativo del soggetto deceduto deve essere indicato nella tabella a pag. 1 relativa alla composizione del nucleo familiare)*

**DI AVERE** un reddito complessivo IRPEF di € \_\_\_\_\_

- un reddito I.S.E. non superiore ad € 35.000,00 *((allegato obbligatorio [14]: copia della certificazione in corso di validità))*
- un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore I.S.E.E. non superiore ad € 26.000,00 *((allegato obbligatorio [14]: copia della certificazione in corso di validità))*

**DI ESSERE STATO REGOLARE** nei pagamenti degli affitti nei due anni precedenti all'insorgere della riduzione della capacità reddituale *((allegato obbligatorio [15]: documentazione comprovante la regolarità di pagamento))*

#### **CHIEDE**

di essere ammesso all'erogazione del contributo per morosità incolpevole, previsto del Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 30/03/2016 e dalla Deliberazione della Giunta Regionale delle Marche n. 82 del 30/01/2017 finalizzato a:

- Sanare la morosità accumulata nei confronti del proprietario e cessare la materia del contendere ovvero ad ottenere l'estinzione del giudizio mantenendo il contratto in essere (art. 4.1 del bando – Procedimenti di sfratto non ancora convalidati)
- Ristoro del proprietario dell'alloggio che dimostri la disponibilità a consentire il differimento dell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile ( art. 4.2 del bando)
- Sottoscrivere un nuovo contratto di locazione per un alloggio diverso da quello oggetto del provvedimento di rilascio e sostenere le spese relative al deposito cauzionale (art. 4.3 del bando)
- Sottoscrivere un nuovo contratto di locazione a canone concordato o ad altre tipologie di canone inferiore a quelli di mercato per un alloggio diverso da quello oggetto del provvedimento di rilascio e sostenere le spese relative al deposito cauzionale ed al canone di locazione (art. 4.4 del bando)

A tal fini allega:

- 1) Dichiarazione congiunta con il proprietario *((allegato obbligatorio [16]: Accordo tra le parti))*
- 2) Autocertificazione reddito complessivo IRPEF *((allegato obbligatorio [17]))*

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la mancata produzione dei documenti da allegare obbligatoriamente, ovvero la produzione di documentazione incompleta o incongruente, determinerà l'impossibilità di riconoscere i benefici previsti dalla normativa di riferimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale, qualora sussistano tutti i requisiti richiesti dal bando di riferimento, procederà all'erogazione del contributo direttamente al proprietario dell'alloggio.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere consapevole che l'erogazione del fondo è subordinata alla definizione delle somme a tal fine messe a disposizione da Stato e Regione, nonché dalla concreta destinazione delle risorse e fino all'esaurimento delle stesse.

**ELENCO ALLEGATI OBBLIGATORI DA PRESENTARE A CORREDO DELLA DOMANDA IN RELAZIONE A QUANTO IN ESSA DICHIARATO, PER I QUALI POTRÀ ESSERE RICHIESTA L'ESIBIZIONE DEGLI ORIGINALI.**

1. Copia del permesso di soggiorno
2. Copia della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno
3. Copia della carta di soggiorno / permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo
4. Copia del certificato di invalidità con la sola indicazione della percentuale ( la patologia non deve essere indicata)
5. Copia del contratto di locazione con estremi di registrazione
6. Copia intimazione di sfratto
7. Copia lettera di licenziamento
8. Copia comunicazione di riduzione attività lavorativa
9. Copia comunicazione di sospensione dal lavoro
10. Copia del contratto di lavoro scaduto
11. Copia visura camerale
12. Copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera
13. Copia del certificato / documentazione di infortunio
14. Copia certificazione I.S.E. oppure copia di certificazione I.S.E.E. in corso di validità
15. Documentazione comprovante il regolare pagamento degli affitti
16. Accordo tra le parti
17. Autocertificazioni Redditi IRPEF Componenti Nucleo Familiare

*Si informa che, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), i dati forniti saranno trattati dal comune di San Benedetto del Tronto – Servizio Politiche Sociali esclusivamente per il perseguimento delle finalità connesse all'espletamento della procedura per l'erogazione dei contributi, e potranno essere trasmessi ad altri uffici del Comune di San Benedetto del Tronto e ad altri soggetti pubblici e privati che, in base a convenzione, concessione o contratto stipulato con il Comune di San Benedetto del Tronto, sono tenuti al trattamento dei dati necessari allo sviluppo del suddetto procedimento amministrativo o attività correlate e successive.*

*Il Titolare del trattamento è il Comune di San Benedetto del Tronto con sede in Viale A. De Gasperi n.124- San Benedetto del Tronto (Ascoli Piceno).*

*In ogni momento è possibile richiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione (ove applicabile), la limitazione, dei propri dati, in riferimento agli art. da 15 a 23 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente art. 77 del GDPR.*

*I contatti utilizzabili sono: email: [serviziialpersona@comunesbt.it](mailto:serviziialpersona@comunesbt.it), PEC: [protocollo@cert-sbt.it](mailto:protocollo@cert-sbt.it), telefono: 0735-794370 o 0735-794250.*

*Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati: [dpo@morolabs.it](mailto:dpo@morolabs.it); PEC: [morolabs@legalmail.it](mailto:morolabs@legalmail.it); Contatto telefonico: 0719030585; Cellulare: 3334672831 .*

*L'informativa privacy completa è disponibile presso il Settore Politiche Sociali, Welfare del Cittadino e Sviluppo Strategico.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_