**ALLEGATO A**

|  |
| --- |
| **DOMANDA INQUILINO**  **BANDO MOROSITA' INCOLPEVOLE**  **Ai sensi del Bando approvato con Delibera dell’Assemblea del Consorzio Progetto Solidarietà n.22 del 13/9/2023** |

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome).....................................................................................

Codice fiscale …………………………………………………………………………………

comune di nascita.....................................................................provincia di nascita ………..

stato estero di nascita.............................................................................................................

data di nascita …………………………………………….

telefono...............................................e-mail..........................................................................

comune di residenza………………………………………………………………………………..

indirizzo (via e n. civico)..........................................................................................................

**CHIEDE**

**Il riconoscimento della condizione di morosità incolpevole, finalizzata alla partecipazione al bando distrettuale approvato con Delibera del Consorzio Progetto Solidarietà n. ….del…..**

**A tal fine, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli art. 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. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti**

**DICHIARA**

* di essere alla data di presentazione della domanda titolare di contratto di locazione con decorrenza in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ e con scadenza in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, eventualmente rinnovato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che tale contratto di affitto è relativo ad un alloggio sito nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e occupato alla data di presentazione della domanda a titolo di residenza esclusiva o principale da parte del richiedente, del suo nucleo familiare anagrafico e dei soggetti a loro carico ai fini IRPEF da almeno un anno;
* di essere residente in questo Comune alla data di presentazione della domanda;
* di essere **moroso** nel pagamento del canone di affitto per una cifra totale di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere **titolare di atto di intimazione di sfratto per morosità con atto di citazione per la convalida**;
* che la morosità, alla data di sottoscrizione della presente richiesta è sopravvenuta a seguito di perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare per (barrare la casella in base alla propria condizione):
* Perdita del lavoro per licenziamento di un componente della famiglia dalla data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Riduzione dell’orario di lavoro di un componente della famiglia dalla data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cassa integrazione ordinaria o straordinaria di un componente della famiglia dalla data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico di un componente della famiglia dalla data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cessazione di attività libero-professionale o di impresa registrata di un componente della famiglia dalla data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Malattia grave o infortunio di un componente della famiglia dalla data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Decesso di un componente della famiglia in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Altro (specificare la condizione e la data di inizio della stessa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che nessun componente della famiglia alla data di presentazione della domanda è **titolare del diritto di proprietà o di altri diritti reali di godimento** su alloggio utilizzabile alle esigenze del nucleo familiare **nell'ambito della provincia di Mantova;**
* che nessun componente della famiglia alla data di presentazione della domanda **ha ottenuto l'assegnazione di alloggio pubblico ai sensi della legge regionale 16/2016 s.m.i.**;
* che nel proprio nucleo famigliare sono presenti:
* Anziani ultrasettantenni;
* Minori;
* Disabili con invalidità superiore a 74%;
* Componente in carico ai Servizi Sociali e/o all'ASST;
* di avere un valore **ISEE non superiore ad € 26.000,00**;
* di non avere già beneficiato della misura a sostegno degli inquilini morosi incolpevoli sottoposti a procedura di sfratto;

**ALLEGA**

**quale sottoscrittore della presente dichiarazione sostitutiva della certificazione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 38 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445:**

1. copia dei documenti personali in corso di validità (carta di identità e per i cittadini stranieri anche copia di permessi/carte di soggiorno) e del codice fiscale di **tutti i componenti il nucleo familiare**;
2. copia della **certificazione ISEE** in corso di validità;
3. copia della documentazione attestante l’abbassamento del reddito familiare avvenuto a seguito della sottoscrizione del contratto di locazione;
4. copia del **contratto di locazione** ad uso abitativo registrato e valido al momento della domanda, completo di **registrazione** all’Agenzia delle Entrate ;
5. copia dell'atto **di intimazione di sfratto per morosità,** con citazione di convalida;
6. eventuale copia verbale di **invalidità** accertata per almeno il 74%;
7. eventuale relazione del **servizio sociale o dei servizi sociosanitari** (ASL) per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale;

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle norme che prevedono la condizione di morosità incolpevole e di possedere tutti i requisiti di partecipazione in esse indicati, nonché la propria disponibilità a fornire idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il CONSORZIO PROGETTO SOLIDARIETA’, il Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ed ASTER s.r.l. hanno l’obbligo del rispetto della normativa sulla privacy, ai sensi dell’art.13 del Regolamento europeo 679/2016 e D.lgs 196/2003 e s.m.i.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_