

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

1. = anziano ultra settantenne.

2. = minore (alla data di compilazione della domanda)

3. = disabile con invalidità \geq al 74%

4. = componente del nucleo familiare in carico ai Servizi Sociali o alla competente Azienda Sanitaria Locale per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale.

DI ESSERE CONDUTTORE:

DELL'UNITÀ ABITATIVA SITA IN (via/viale/largo/piazza)..... (civ)

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/LA SIGNOR/A (PROPRIETARIO/LOCATORE)

.....

C.F.;

TELEFONO..... EMAIL.....

STIPULATO IN DATA ___/___/_____ E REGISTRATO IN DATA ___/___/_____

AD UN CANONE ANNUO (ESCLUSE LE SPESE CONDOMINIALI) PARI AD €

DI ESSERE MOROSO nel pagamento del canone di affitto dal (mese/anno) ___/_____ in relazione al contratto di locazione sopraindicato, per il quale è stata emessa l'intimazione di sfratto in data ___/___/_____.

- che, ad oggi, la procedura di sfratto è giunta sino all'intimazione di sfratto con citazione per la convalida
- 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 (barrare la/le situazione/i ricorrente/i):
 - perdita del lavoro per licenziamento del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ___/_____
 - riduzione dell'orario di lavoro del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ___/_____
 - cassa integrazione ordinaria o straordinaria del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ___/_____
 - mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ___/_____
 - cessazione di attività libero-professionale o di impresa registrata del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ___/_____
 - malattia grave del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ___/_____ per la quale sono state sostenute spese mediche pari ad €
 - infortunio del/la Sig./Sig.radal (mese/anno) ___/_____ per la quale sono state sostenute spese mediche pari ad €
 - decesso del/la Sig./Sig.ra in data (mese/anno) ___/_____

Nel caso di contributo di cui alle lettere C) e D) si comunicano proprie coordinate bancarie (IBAN)

I	T																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Intestato a _____

Data _____

Firma

Il sottoscritto

dichiara

- di essere a conoscenza che, in caso di corresponsione della prestazione, possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati forniti presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari.
- 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 dal presente bando.
- di essere consapevole che i contributi verranno erogati fino a esaurimento delle risorse a disposizione a seguito della presentazione delle domande.

Data _____

Firma

Documenti da allegare alla domanda:

- la rinuncia del proprietario all'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile o l'impegno del proprietario al differimento dell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile per il tempo necessario a trovare un'adeguata soluzione abitativa all'inquilino moroso incolpevole; ovvero la sottoscrizione di un nuovo contratto di locazione; ovvero la sottoscrizione di un nuovo contratto a canone concordato.

Informativa Privacy

Il trattamento dei dati è finalizzato allo svolgimento del procedimento amministrativo di assegnazione di cui al presente bando.

Il trattamento è effettuato con modalità manuali e informatizzate.

il conferimento dei dati è obbligatorio per lo sviluppo del procedimento amministrativo e il mancato conferimento comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria. Il dichiarante può esercitare i diritti del nuovo Codice sulla Privacy adeguato al Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR – di cui al Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)":

<http://www.garanteprivacy.it/>

L'Unione Terre di Castelli è titolare dei dati.

Data _____

Firma
