

**AL RESPONSABILE DEI
SERVIZI SOCIALI
DEL COMUNE DI PUTIFIGARI**

OGGETTO: Istanza di partecipazione al Bando per l'assegnazione dei contributi per far fronte alle esigenze degli inquilini in condizione di morosità incolpevole. Annualità 2017.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____

il _____ residente a Putifigari Via/Piazza _____ n° _____

Codice Fiscale...

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

tel./cell. _____ tel. casa _____

conduttore di un immobile per fini abitativo ed oggetto di sfratto **per morosità incolpevole**, con citazione della convalida verificata nell'anno 2017

Con riferimento al bando pubblico approvato con **Determinazione Servizi Sociali n. 137 del 03.11.2017**

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A

al contributo di cui al D.L. n. 102/2013 convertito nella L. n. 124/2013, al decreto del Ministro dei Lavori Pubblici n. 202 del 14 maggio 2014, che costituisce il Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli, alla Deliberazione di G.R. n°48/34 del **17/10/2017** ed al bando approvato con Determina n° 40284/1768 del 18.10.2017 del Direttore del Servizio Edilizia Pubblica – Assessorato Regionale dei Lavori Pubblici;

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze delle dichiarazioni non veritiere, anche per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione vi sarà la decadenza di qualsiasi beneficio e autorizzazioni per le quali la stessa dichiarazione è stata rilasciata,

DICHIARA

Di essere cittadino/a: (*barrare la voce che interessa*)

☐ Italiano/a;

☐ di uno Stato appartenente all'Unione Europea (*indicare*) _____;

☐ di uno Stato non appartenente all'Unione Europea (*indicare*) _____ in possesso del regolare titolo di soggiorno in corso di validità;

☐ Che la composizione del proprio nucleo familiare quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica è la seguente (*che deve corrispondere esattamente a quella risultante dalla dichiarazione ISEE e visura anagrafica*):

N°	Cognome/Nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela	Attività svolta
1				richiedente	
2					
3					
4					
5					
6					

- ☐ che né il sottoscritto né alcune altro componente il suddetto nucleo familiare è titolare di diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione su alloggio sito nella **Provincia di Sassari** fruibile ed adeguato alle esigenze del proprio nucleo familiare;
- ☐ che né il sottoscritto né alcune altro componente del nucleo familiare, non riceve per gli stessi fini contributi provenienti da programmi o interventi simili;
- ☐ di avere residenza nell'alloggio oggetto della procedura di rilascio **da almeno un anno**;
- ☐ di essere titolare per l'anno 2017 di contratto di locazione regolarmente registrato presso l'Agenzia delle Entrate, ad uso residenziale di unità immobiliare di proprietà privata sita nel **Comune di Putifigari** ed occupa a titolo di abitazione principale o esclusiva, avente la seguente tipologia:
- ☐ **concordato** (durata minima di 3 anni + 2) in essere e regolarmente registrato presso l'Agenzia delle Entrate;
- ☐ **libero** (in genere la durata è di 4 anni + 4) in essere e regolarmente registrato presso l'Agenzia delle Entrate;
- ☐ che i dati identificativi dell'alloggio e del contratto sono i seguenti:
 Categoria catastale dell'alloggio : _____;
 Contratto di locazione stipulato il _____ registrato con n. _____ il _____
 Decorrenza contratto. _____ scadenza contratto: _____
 Canone **mensile** di locazione: € _____ canone **annuo** di locazione: € _____

Di avere, al fine di accedere ai **requisiti preferenziali**, la presenza all'interno del nucleo familiare di:

- ☐ n. _____ persone ultrasessantenni
- ☐ n. _____ minori;
- ☐ n. _____ persone con invalidità accertata per almeno il **74%**;
- ☐ n. _____ persone in carico alle competenti aziende sanitarie locali per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale, come da documentazione allegata.

DICHIARA ALTRESI'

1) il possesso dei seguenti requisiti generali di accesso:

- ☒ di avere un reddito **ISE** non è superiore a **€ 35.000,00** o un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore **ISEE** non è superiore ad **€ 26.000,00** (riferito ai **redditi 2015**), come da documentazione allegata;
- ☒ di essere in **situazione di morosità incolpevole con atto di citazione per la convalida emesso in data** ____/____/2017, come da documentazione allegata;
- ☒ che lo sfratto è relativo alla locazione di cui al **contratto di locazione** di unità immobiliare ad uso abitativo situato nel **Comune di Putifigari**, regolarmente registrato presso l'Agenzia delle Entrate che non rientra fra le categorie catastali A1 - A8 - A9 ed allegato alla presente;

2) che la diminuzione della capacità reddituale deriva dalla seguente causa, (barrare la voce che interessa):

- ☐ **perdita del lavoro per licenziamento** avvenuto in data ____/____/____ (allegare obbligatoriamente copia lettera di licenziamento);
- ☐ accordi aziendali o sindacali con consistenti **riduzione dell'orario di lavoro** intervenuti in data ____/____/____ (allegare obbligatoriamente comunicazione di riduzione attività lavorativa);
- ☐ **cassa integrazione ordinaria o straordinaria** intervenuta in data ____/____/____ che limiti notevolmente la capacità reddituale (allegare obbligatoriamente comunicazione di sospensione dal lavoro);
- ☐ **mancato rinnovo di contratto** a termine o di lavoro atipico intervenuto in data ____/____/____ (allegare obbligatoriamente copia del contratto di lavoro scaduto);
- ☐ **cessazione di attività di libero professionista o di impresa registrata**, derivanti da cause di forza maggiore o da perdita di avviamento in misura consistente in data ____/____/____ ; (allegare obbligatoriamente dichiarazione di chiusura partita IVA o visura camerale);
- ☐ **malattia grave** ☐ **infortunio** ☐ **decesso** di un componente del nucleo familiare che ha comportato o la consistente riduzione del reddito complessivo del nucleo medesimo o la necessità dell'impiego di parte

notevole del reddito per fronteggiare rilevanti spese mediche ed assistenziali (*allegare obbligatoriamente copia certificato medico o struttura sanitaria, copia certificazione infortunio, copia ricevute fiscali di spese mediche*);

3) che si è verificata una consistente riduzione della capacità reddituale o del reddito complessivo in misura del 30% rispetto all'anno in cui il reddito era "integro", corrispondente al periodo precedente al verificarsi della sua variazione, come dimostrato dai documenti allegati riferiti al seguente criterio di misurazione (*barrare la voce che interessa*):

☐ **a) la causa della morosità incolpevole si è verificata prima del 2017:**

a1) il reddito I.S.E. inserito nell' I.S.E.E. 2017 relativo ai redditi **2015** pari ad € _____ risulta inferiore al reddito I.S.E. o del valore I.S.E.E. percepito nel periodo precedente al verificarsi della riduzione stessa, dichiarato nel _____, pari ad € _____;

oppure (in alternativa, qualora si siano verificate rilevanti variazioni reddituali 2016 rispetto al 2015)

a2) il reddito I.S.E. inserito nell' I.S.E.E. 2017 relativo ai redditi **2016** pari ad € _____ risulta inferiore al reddito I.S.E. o del valore I.S.E.E. percepito nel periodo precedente al verificarsi della riduzione stessa, dichiarato nel _____, pari ad € _____;

☐ **b) la causa della morosità incolpevole si è verificata nel corso del 2017:**

in assenza di una certificazione reddituale annuale del 2017, se (*barrare con una crocetta la casella che interessa*):

☐ **b1) lavoratore dipendente** il cui reddito imponibile indicato nell'ultima busta paga, pari a € _____ risulta inferiore di almeno il 30% del reddito imponibile medio delle _____ risulta inferiore di almeno il 30% del reddito imponibile medio delle tre buste paga precedenti all'evento incolpevole pari a € _____;

☐ **b2) lavoratore autonomo** il cui reddito imponibile autocertificato, relativo al periodo computato dal 1-1-2017 alla data di cessazione dell'attività è pari a € _____ risulta inferiore di almeno il 30% del reddito imponibile fiscalmente dichiarato per il 2016 computato per il medesimo periodo di tempo, pari a € _____;

☐ **b3) la causa della morosità incolpevole si è verificata per malattia grave, infortunio o decesso di un componente del nucleo familiare:** nella persona del Sig./Sig.ra _____ che hanno comportato la necessità dell'impiego di parte notevole del reddito per fronteggiare rilevanti spese mediche e assistenziali le stesse, autocertificate e pari ad € _____ hanno inciso per almeno il 30% sul reddito I.S.E. o sul valore I.S.E.E. attestato nel 2017 per il medesimo periodo di tempo, che è pari ad € _____

4) Che il contributo richiesto è pari a n° _____ mensilità del canone ciascuna di € _____ per complessivi € _____ finalizzato ad adottare la soluzione prevista dal bando, per il quale si forniscono adeguati documenti a supporto, verrà utilizzato: (*barrare la voce che interessa*)

☐ **c1) per sottoscrivere** con il proprietario dell'alloggio un nuovo contratto di locazione a canone concordato, per il quale viene prodotta, in allegato, idonea dichiarazione del proprietario, firmata e corredata da documento di identità, della disponibilità (anche senza impegno definitivo e vincolante) a valutare un accordo in tal senso, comprensivo di importo correlato alle morosità realmente maturate;

☐ **c2) per versare il deposito cauzionale** per la stipula di un nuovo Contratto di locazione e pertanto è richiesto un contributo di € _____ pari a tre mensilità e comunque non superiore a € 1.800,00 a titolo di deposito cauzionale;

☐ **c3) per il ristoro, anche parziale, del proprietario dell'alloggio** che abbia dimostrato la propria disponibilità a consentire il deferimento dell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile (*come da allegata dichiarazione alla presente istanza*).

Dichiara inoltre di essere consapevole:

- che saranno eseguiti controlli a campione diretti ad accertare la veridicità della situazione familiare e confronti dei dati reddituali e patrimoniali dichiarati con i dati in possesso del sistema informativo della Agenzia delle Entrate – Ministero delle Finanze, come riportato all'articolo 12 del Bando;
- che, a seguito delle verifiche il Comune procederà all'esclusione dal beneficio delle domande che contengono dichiarazioni mendaci ;
- che non è consentito inviare più di una domanda per nucleo familiare pena l'esclusione di tutte le domande inoltrate.

Dichiara altresì di:

- di aver preso piena conoscenza e di accettare tutte le norme e condizioni stabilite nel relativo Bando;
- di essere consapevole che i propri dati personali saranno trattati e tutelati ai sensi D.Lgs. n. 196/03;
- di esonerare l'operatore comunale da ogni responsabilità in merito all'eventuale assistenza fornita nella compilazione della domanda e si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ai Servizi Sociali del **Comune di Putifigari** ogni cambio di indirizzo domicilio, personalmente o con lettera o con lettera raccomandata AR.
- Di impegnarsi a depositare al **Comune di Putifigari** la documentazione comprovante l'avvenuto utilizzo del contributo eventualmente ricevuto secondo i fini sopra dichiarati, entro 40 giorni dall'erogazione dello stesso, pena la decadenza dal beneficio con obbligo di restituzione delle somme

Si allegano alla presente domanda i seguenti documenti : (barrare la casella corrispondente)

- ☐ Copia di un documento di identità in corso di validità di chi sottoscrive la domanda;
- ☐ Copia della carta di soggiorno in corso di validità (solo per le domande presentate dai cittadini di uno stato non aderente all'Unione Europea);
- ☐ certificazione di reddito I.S.E. non superiore a € 35.000,00 o un reddito derivante da regolare attività lavorativa con valore I.S.E.E. (determinato ai sensi del DPCM 159/2013), non superiore ad € 26.000,00;
- ☐ copia atto di **intimazione di sfratto per morosità**, con citazione per la convalida emesso nel **2017** relativa al contratto di cui al punto successivo su immobile nel quale si ha la residenza;
- ☐ **contratto di locazione** di unità immobiliare ad uso abitativo regolarmente registrato (sono esclusi gli immobili appartenenti alle categorie catastali A1, A8 e A9);
- ☐ eventuale copia **decreto di invalidità** (con indicazione della percentuale) che attesti almeno il 74% di invalidità;

➤ **Documentazione comprovante la causa della diminuzione del reddito:**

(barrare la casella corrispondente)

- ☐ copia del documento da cui risulti la riduzione della capacità reddituale per accordi aziendali o sindacali;
- ☐ copia comunicazione di sospensione dal lavoro;
- ☐ copia lettera di licenziamento;
- ☐ copia contratto di lavoro scaduto;
- ☐ copia del provvedimento di concessione della Cassa integrazione ordinaria;
- ☐ copia del provvedimento di concessione della Cassa integrazione straordinaria;
- ☐ copia documentazione attestante la collocazione in stato di mobilità;
- ☐ copia visura camerale o comunicazione di chiusura partita iva;
- ☐ copia certificato medico curante o di struttura sanitaria attestante malattia grave;
- ☐ copia certificazione di infortunio resa dal medico curante o dalla ASL di appartenenza;
- ☐ copia documentazione comprovante il decesso in seguito a grave malattia di un componente il nucleo familiare resa dal medico curante o dalla ASL di appartenenza;
- ☐ copia delle fatture e ricevute fiscali di spese mediche e assistenziali sostenute;
- ☐ altro _____;

➤ **Documenti che comprovino la consistente riduzione della capacità reddituale o del reddito complessivo: (barrare la casella corrispondente)**

- ☐ Vedi punto 3 lettera a) [a1) o a2)];
- ☐ Vedi punto 3 lettera b1);
- ☐ Vedi punto 3 lettera b2);
- ☐ Vedi punto 3 lettera b3);

➤ **Documentazione per la quantificazione del contributo richiesto: (barrare la casella corrispondente)**

- ☐ Vedi punto 4 lettera c1);
- ☐ Vedi punto 4 lettera c2);
- ☐ Vedi punto 4 lettera c3);

Putifigari lì _____

(Allegare copia del documento di riconoscimento in corso di validità)

(Firma per esteso e leggibile)