



Comune di  
**TERRALBA**

Via Baccelli n°1 – 09098 Terralba (OR)  
Tel.0783/85301 – Fax 0783/83341  
[www.comune.terralba.or.it](http://www.comune.terralba.or.it)

## MODULO DI DOMANDA

**ALLEGATO A)**

**AL COMUNE DI TERRALBA  
SERVIZI SOCIALI**

**OGGETTO:** Domanda per l'assegnazione di contributi agli inquilini morosi incolpevoli titolari di contratto di locazione ad uso abitativo e soggetti a provvedimento di sfratto, di cui al D.L. N. 102/2013 convertito nella L. N. 124/2013. - **ANNUALITA' 2018** -  
**1ª SCADENZA:** Entro e non oltre **MERCOLEDI' 14 NOVEMBRE 2018**, ore 12,00.  
**2ª SCADENZA:** Entro e non oltre **VENERDI' 25 GENNAIO 2019**, ore 12,00.

Il/La Sottoscritt \_\_\_\_\_;

nat\_ a \_\_\_\_\_; il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_,

residente a Terralba, in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'assegnazione del contributo previsto dal fondo nazionale destinato agli inquilini morosi incolpevoli, istituito ai sensi dell'art. 6 comma 5 del D.L. n. 102 /2013 convertito dalla L. n. 124/2013 e dal Decreto Ministero dei Lavori Pubblici n. 202 del 14.05.2014.

Al tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa,

### DICHIARA

**1)** Di essere **titolare** di contratto di locazione ad uso abitativo regolarmente registrato, con decorrenza dalla data \_\_\_\_\_ e con scadenza in data \_\_\_\_\_, di una unità immobiliare, non appartenente alle categorie catastali A/1, A/8 A/9.

**2)** Di essere **destinatario di un atto di intimidazione di sfratto per morosità**, ricevuto in data \_\_\_\_\_ **con citazione di convalida**, fissata per il giorno \_\_\_\_\_.

**3)** Di risiedere nell'alloggio oggetto della procedura di sfratto da **almeno un anno alla data dell'atto di citazione di convalida**.

**4)** Di essere in **situazione di morosità incolpevole a causa di una consistente riduzione del reddito** per le seguenti cause:

- Perdita di lavoro per licenziamento, avvenuto in data \_\_\_\_\_;
- Mobilità, a decorrere dal giorno \_\_\_\_\_;
- Cassa Integrazione, intervenuta in data \_\_\_\_\_;
- Mancato rinnovo di contratto a termine, avvenuto in data \_\_\_\_\_;

- Accordo aziendale e sindacale con riduzione dell'orario di lavoro, intervenuti in data \_\_\_\_\_;
- Cessazione di attività professionale o di impresa, dal giorno \_\_\_\_\_;
- Malattia grave di un componente della famiglia, avvenuto in data \_\_\_\_\_;
- Decesso di un componente della famiglia, avvenuto in data \_\_\_\_\_;
- Altro (specificare nel dettaglio) \_\_\_\_\_;

**5) Di avere un reddito ISE (indicatore della Situazione Economica) non superiore a € 35.000,00 o un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) non superiore a € 26.000,00;**

**6) Di non essere titolare di contratto di locazione di unità immobiliare classificata nelle categorie catastali A1, A8, A9;**

**7) Di non essere titolare, né il richiedente né alcun componente del nucleo familiare, del diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione nella provincia di residenza di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del nucleo familiare**

**8) Di non beneficiare di altre indennità e/o contributi erogati per lo stesso titolo da altri Enti.**

**9) Che i requisiti sono posseduti alla data di pubblicazione del presente bando;**

**10) Che il proprio nucleo familiare è composto dalle seguenti persone:**

Codice fiscale	Cognome e nome	Data di nascita	Condizione (*)	Parentela

**Condizione (\*): (1)-anziano ultrasettantenne; (2)-minorenne; (3)-soggetto con invalidità accertata per almeno il 74%; (4)-soggetto in carico ai Servizi Sociali o alle competenti aziende sanitarie locali per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale.**

**11) Di aver letto attentamente il bando pubblico approvato con determinazione del responsabile del servizio "Servizi Territoriali alla Persona" e di accettare tutte le norme in esso contenute.**

**12) Di essere a conoscenza che, nel rispetto del D.lgs. 196/2003 e del nuovo regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa**

**Chiede** che il contributo, qualora sia assegnato, venga liquidato con la seguente modalità:

**accreditato sul c/c bancario o postale (conto corrente e non libretto di risparmio)** intestato a se medesimo o cointestato:

codice **IBAN**:

(scrivere in modo leggibile o allegare copia rilasciata dalla Banca o Posta)

**QUIETANZA DIRETTA DEL SOTTOSCRITTO/A** (solo per importi inferiori a € 1.000,00)

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:**

1. Copia del documento di riconoscimento (in corso di validità) e copia del codice fiscale del dichiarante.
2. Copia contratto di locazione registrato unitamente a copia dell'atto di intimazione di sfratto per morosità e contestuale citazione per la convalida.
3. Copia documentazione attestante le cause di morosità incolpevole indicate all'art. 2 del bando.
4. Dichiarazione ISEE.
5. Ulteriore documentazione attestante la presenza all'interno del nucleo di componenti con invalidità accertata per almeno il 74%, ovvero in carico ai servizi sociali o alle competenti aziende sanitarie locali.
6. Per i soli richiedenti extracomunitari, copia del titolo di soggiorno.

**TERRALBA** \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_