



Amministrazione destinataria

Regione Sardegna

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

## Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'assegnazione di contributi a favore di inquilini morosi incolpevoli

*Ai sensi del Decreto Legge 31/08/2013, n. 102, del Decreto Ministeriale 30/03/2016*

### Il sottoscritto

|                    |                |                             |                  |                               |              |       |       |     |     |
|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------|--------------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome            |                | Nome                        |                  | Codice Fiscale                |              |       |       |     |     |
| Data di nascita    |                | Sesso                       | Luogo di nascita |                               | Cittadinanza |       |       |     |     |
| Residenza          | Comune         | Indirizzo                   |                  | Civico                        | Barrato      | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria |                  | Posta elettronica certificata |              |       |       |     |     |

### residente nell'indirizzo sopra indicato

|            |  |           |  |
|------------|--|-----------|--|
| Dal giorno |  | Al giorno |  |
|------------|--|-----------|--|

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

di poter beneficiare del contributo a favore di inquilini morosi incolpevoli.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

di essere cittadino

- italiano o cittadino dell'Unione Europea
- non appartenente all'Unione Europea in possesso del permesso di soggiorno in corso di validità  
Scadenza permesso di soggiorno
- non appartenente all'Unione Europea in possesso di permesso di soggiorno di lungo periodo (carta di soggiorno)

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

| Cognome | Nome | Codice fiscale | Condizioni particolari (*) | Grado di parentela (**) |
|---------|------|----------------|----------------------------|-------------------------|
|         |      |                |                            |                         |
|         |      |                |                            |                         |
|         |      |                |                            |                         |
|         |      |                |                            |                         |
|         |      |                |                            |                         |
|         |      |                |                            |                         |

*Condizioni particolari (\*):*

1 = anziano ultrasettantenne, 2 = minore (alla data di compilazione della domanda), 3 = disabile con invalidità pari o superiore al 74% (in questo caso occorre allegare copia del certificato di invalidità), 4 = componenti del nucleo familiare in carico ai servizi sociali o alle competenti ATS

*Grado di parentela (\*\*):*

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente che l'appartamento di cui è inquilino, che è a uso abitativo e non appartiene alle categorie catastali A1, A8 e A9, è collocato in

| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
|-----------|--------|-----------|--------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
|           |        |           |        |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |

il cui proprietario è

| Cognome | Nome | Telefono | E-mail |
|---------|------|----------|--------|
|         |      |          |        |

il contratto di locazione (affitto) è stato stipulato e registrato nelle seguenti date

| Data contratto di locazione (affitto) | Data registrazione contratto di locazione (affitto) |
|---------------------------------------|---|
|                                       |   |

ad un canone annuo (escluse le spese condominiali) pari a

| Canone annuo (escluse le spese condominiali) |
|--|
| <input type="text"/> €                       |

che non paga il canone d'affitto, in relazione al contratto di locazione sopra indicato, dal (mese/anno)

| Periodo mancato pagamento |
|---------------------------|
| <input type="text"/>      |

pertanto alla data di presentazione di questa domanda i pagamenti arretrati corrispondono a un totale di

| Totale pagamenti arretrati |
|----------------------------|
| <input type="text"/> €     |

che non è stato in grado di pagare l'affitto per

perdita del lavoro per licenziamento di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

**pertanto allega copia della lettera di licenziamento**

riduzione dell'orario di lavoro di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

**pertanto allega copia della comunicazione di riduzione dell'attività lavorativa**

cassa integrazione ordinaria o straordinaria di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

**pertanto allega copia della comunicazione di sospensione dal lavoro**

mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

**pertanto allega copia del contratto di lavoro scaduto**

cessazione di attività libero-professionale o di impresa registrata di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

**pertanto allega copia della visura camerale**

malattia grave di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

Importo spese mediche

€

**pertanto allega copia del certificato medico e delle fatture o ricevute fiscali delle spese mediche**

infortunio di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

Importo spese mediche

€

**pertanto allega copia della certificazione dell'infortunio e delle fatture o ricevute fiscali delle spese mediche**

decesso di

Cognome

Nome

Dal mese/anno

altro

Specificare la causa

che l'intimazione di sfratto è stata emessa il

Data emissione intimazione di sfratto

e ad oggi la procedura di sfratto è giunta sino a

convalida di sfratto

atto di precetto

preavviso di soggio (ex 608)

numero accessi dell'ufficiale giudiziario (specificare)

di essere in possesso di attestazione ISEE

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Valore ISEE          | Data rilascio        | Data fine validità   |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| €                    |                      |                      |

### DICHIARA INOLTRE

- di non essere, né il richiedente né nessun componente del nucleo familiare, titolare di diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione nella provincia di residenza di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del proprio nucleo familiare
- di non beneficiare, unitamente a tutti i componenti del nucleo familiare utilizzatori dell'alloggio, di altri contributi o provvidenze provenienti da programmi o interventi simili
- di non beneficiare per le stesse mensilità del reddito di cittadinanza
- di trovarsi nella situazione in cui il reddito ISEE non è superiore a 35.000,00 € o un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore ISEE non superiore a 26.000,00 € *(al momento della presentazione della domanda)*
- di aver subito, in ragione dell'emergenza Covid-19, una perdita del proprio reddito ai fini IRPEF superiore al 30% nel periodo marzo – maggio 2020 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente e di non avere sufficienti liquidità per il pagamento del canone di locazione e/o oneri accessori
- di essere consapevole che la mancata consegna dei documenti obbligatori da allegare o la produzione di documentazione incompleta o incongruente, determinerà l'impossibilità di riconoscere i benefici previsti dal Decreto Ministeriale 14/05/2014, n. 202, dal Decreto Ministeriale 30/04/2016 e dalla normativa regionale vigente
- di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla definizione delle somme a tal fine messe a disposizione da Stato e Regione, nonché dai criteri di erogazione
- di accettare tutte le condizioni contenute nel bando
  - di essere in carico ai servizi sociali per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale
  - di non essere in carico ai servizi sociali per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale
  - di essere in carico alle aziende sanitarie locali competenti per il territorio per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale
  - di non essere in carico alle aziende sanitarie locali competenti per il territorio per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale

### COMUNICA

i seguenti estremi per l'accreditamento sul c/c postale o bancario

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Codice IBAN          |                      |
| <input type="text"/> |                      |
| Cognome intestatario | Nome intestatario    |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia della dichiarazione dei redditi (certificazione unica, modello 730, modello unico): annualità di inizio della morosità, annualità precedente e annualità successiva
- copia del contratto di locazione
- copia dell'intimazione di sfratto e successivi atti del tribunale
- copia dell'accordo sottoscritto dal locatore e dal locatario
- documentazione a supporto della domanda (copia della lettera di licenziamento, copia della comunicazione di riduzione dell'attività lavorativa, ecc.)
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia del documento d'identità di tutti i componenti del nucleo
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Luogo

Data

Il dichiarante