

**AL COMUNE  
DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO  
Ufficio Politiche per la Casa**

**DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI MOROSITA' INCOLPEVOLE E L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO DI SOSTEGNO AI NUCLEI FAMILIARI TITOLARI DI CONTRATTO DI LOCAZIONE SOTTOPOSTI A PROCEDURA DI SFRATTO** (Decreto Ministero Delle Infrastrutture e dei Trasporti del 30.3.2016 – D.G. Regione Marche n. 82 del 30/01/2017 e s.m.i.)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

NATO A.....PROV.....IL .....

RESIDENTE A ..... PROV. .... IN VIA .....CIV .....

**(NOTA BENE: sono esclusi dal beneficio i soggetti residenti nell'alloggio da meno di un anno rispetto alla data dell'atto di intimazione di sfratto).**

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

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

**DICHIARA DI ESSERE:**

- Cittadino italiano/cittadino UE
- Cittadino non appartenente all'UE in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità con scadenza il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (allegato obbligatorio [1]: copia del permesso di soggiorno)
- Cittadino non appartenente all'UE in possesso di richiesta di rinnovo del permesso presentata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (allegati obbligatori [1]: copia del permesso di soggiorno e [2]: copia della richiesta di rinnovo)
- Cittadino non appartenente all'UE in possesso di carta di soggiorno/permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (allegato obbligatorio [3]: copia della carta di soggiorno o permesso soggiorno CE)

**CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE è composto da:**

SIVO progres	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	(A)	RELAZIONE (B)
						RICHIEDENTE

**(A) 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% (allegato obbligatorio [4]: copia certificato di invalidità)
4. = componente del nucleo familiare in carico ai Servizi Sociali o alle competenti A.T.S. (indicare quale) \_\_\_\_\_ per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale.

**(B) Indicare la relazione con il richiedente (moglie, marito, figlio/a, genitore, altro).**

**DI ESSERE CONDUTTORE DELL'UNITÀ ABITATIVA SITA IN** (via/viale/largo/piazza) .....

..... (civ)..... (int)..... DATI CATASTALI: Foglio..... Mappale .....

Subalterno..... 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 SIGNOR/A  
.....(PROPRIETARIO/LOCATORE)  
..... C.F .....  
TELEFONO ..... EMAIL.....

STIPULATO IN DATA (data stipula originaria) \_/ \_/ \_ E REGISTRATO IN DATA \_/ \_/ \_  
(allegato obbligatorio [5]: copia contratto di locazione con estremi di registrazione ed eventuale subentro) AD UN

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

DI ESSERE MOROSO nel pagamento del canone di affitto dal (giorno/mese/anno - riportare la medesima data indicata nell'atto di intimazione) \_/ \_/ \_ in relazione al contratto di locazione sopraindicato, per il quale è stata emessa l'intimazione di sfratto in data \_/ \_/ ..... (allegato obbligatorio [6]: copia intimazione di sfratto)

CHE, AD OGGI, LA PROCEDURA DI SFRATTO è giunta sino a

intimazione di sfratto;  convalida di sfratto;  altro \_\_\_\_\_

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 una o più tra le cause di seguito indicate, intervenuta entro il periodo massimo di 2 anni precedenti l'anno di pubblicazione del presente bando (barrare la/le situazione/i ricorrente/i):

perdita del lavoro per licenziamento del/la Sig./Sig.ra ..... dal (mese/anno) \_/ \_ (allegato obbligatorio [7]: copia lettera di licenziamento)

riduzione dell'orario di lavoro del/la Sig./Sig.ra ..... dal (mese/anno) \_/ \_ (allegato obbligatorio [8]: comunicazione di riduzione di attività lavorativa)

cassa integrazione ordinaria o straordinaria del/la Sig./Sig.ra ..... dal (mese/anno) \_/ \_ (allegato obbligatorio [9]: comunicazione di sospensione dal lavoro)

mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico del/la Sig./Sig.ra ..... dal (mese/anno) \_/ \_ (allegato obbligatorio [10]: copia del contratto di lavoro scaduto)

cessazione di attività libero-professionale o di impresa registrata del/la Sig./Sig.ra ..... dal (mese/anno) \_/ \_ (allegato obbligatorio [11]: visura camerale)

malattia grave del/la Sig./Sig.ra ..... dal (mese/anno) \_/ \_ (allegati obbligatori [12]: copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera);

infortunio del/la Sig./Sig.ra ..... dal (mese/anno) \_/ \_ (allegati obbligatori [13]: copia certificazione infortunio);

Decesso del/la Sig./Sig.ra ..... in data (mese/anno) \_/ \_ (NOTA: per tale caso, il nominativo del soggetto deceduto deve essere indicato nella tabella a pag. 1 relativa alla composizione del nucleo familiare)

**DI AVERE** un reddito complessivo IRPEF € \_\_\_\_\_ allegato obbligatorio [16]

- un reddito I.S.E. non superiore ad € 35.000,00 (allegato obbligatorio [14]: copia della certificazione in corso di validità)
- un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore I.S.E.E. non superiore ad € 26.000,00 (allegato obbligatorio [14]: copia della certificazione in corso di validità)

### **CHIEDE**

di essere ammesso all'erogazione del contributo per morosità incolpevole, previsto dal Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 30.3.2016 e dalla Deliberazione della Giunta Regionale Marche n. 82 del 30/ 01/ 2017 finalizzato a:

- sanare la morosità accumulata nei confronti del proprietario e cessare la materia del contendere ovvero ad ottenere l'estinzione del giudizio mantenendo il contratto in essere (art. 4.1 del bando –procedimenti di sfratto non ancora convalidati)
- ristoro del proprietario dell'alloggio che dimostri la disponibilità a consentire il differimento dell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile ( art. 4.2 del bando)
- sottoscrivere un nuovo contratto di locazione per un alloggio diverso da quello oggetto del provvedimento di rilascio e sostenere le spese relative al deposito cauzionale (art. 4.3 del bando)
- sottoscrivere un nuovo contratto di locazione a canone concordato o ad altre tipologie di canone inferiore a quelli di mercato per un alloggio diverso da quello oggetto del provvedimento di rilascio e sostenere le spese relative al deposito cauzionale ed al canone di locazione ( art. 4.4 del bando)

A tal fine allega:

- 1) dichiarazione congiunta con il proprietario(allegato obbligatorio[15] Accordo Tra Le Parti - MOD1**
- 2) Autocertificazione reddito complessivo IRPEF (allegato obbligatorio) [16]**

**Il sottoscritto dichiara 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 dalla normativa di riferimento.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale, qualora sussistano tutti i requisiti richiesti dal bando di riferimento, procederà all'erogazione del contributo direttamente al proprietario dell'alloggio .

Il sottoscritto dichiara altresì di essere consapevole che l'erogazione del fondo è subordinata alla definizione delle somme a tal fine messe a disposizione da Stato e Regione, nonché dalla concreta destinazione delle risorse e fino all'esaurimento delle stesse.

**ELENCO ALLEGATI OBBLIGATORI DA PRESENTARE A CORREDO DELLA DOMANDA IN RELAZIONE A QUANTO IN ESSA DICHIARATO, PER I QUALI POTRA' ESSERE RICHIESTA L'ESIBIZIONE DEGLI ORIGINALI.**

- 1) copia del permesso di soggiorno
- 2) copia della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno
- 3) copia della carta di soggiorno/permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo
- 4) copia del certificato di invalidità con la sola indicazione della percentuale (la patologia non deve essere indicata)
- 5) copia contratto di locazione con estremi di registrazione
- 6) copia intimazione di sfratto
- 7) copia lettera di licenziamento
- 8) copia comunicazione di riduzione attività lavorativa
- 9) copia comunicazione di sospensione dal lavoro
- 10) copia del contratto di lavoro scaduto
- 11) copia visura camerale
- 12) copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera
- 13) copia del certificato/documentazione di infortunio
- 14) copia certificazione I.S.E. oppure copia di certificazione I.S.E.E. in corso di validità
- 15) MOD. 1 - Accordo tra le parti
- 16) Autocertificazione Redditi Irpef Componenti Nucleo Familiare

*Si informa che, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), i dati forniti saranno trattati dal comune di San Benedetto del Tronto – Servizio Politiche Sociali esclusivamente per il perseguimento delle finalità connesse all'espletamento della procedura per l'erogazione dei contributi, e potranno essere trasmessi ad altri uffici del Comune di San Benedetto del Tronto e ad altri soggetti pubblici e privati che, in base a convenzione, concessione o contratto stipulato con il Comune di San Benedetto del Tronto, sono tenuti al trattamento dei dati necessari allo sviluppo del suddetto procedimento amministrativo o attività correlate e successive.*

*Il Titolare del trattamento è il Comune di San Benedetto del Tronto con sede in Viale A. De Gasperi n.124- San Benedetto del Tronto (Ascoli Piceno).*

*In ogni momento è possibile richiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione (ove applicabile), la limitazione, dei propri dati, in riferimento agli art. da 15 a 23 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente art. 77 del GDPR.*

*I contatti utilizzabili sono: email: [serviziapersona@comunest.it](mailto:serviziapersona@comunest.it), PEC: [protocollo@cert-sbt.it](mailto:protocollo@cert-sbt.it), telefono: 0735-794583.*

*Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati: [dpo@santofabiano.it](mailto:dpo@santofabiano.it); PEC: [santofabiano@pec.it](mailto:santofabiano@pec.it); Contatto telefonico tel.: 06/91132200; Cellulare: 3358424701.*

*L'informativa privacy completa è disponibile presso il Settore Politiche Sociali, Welfare del Cittadino e Sviluppo Strategico.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*N.B. La firma è obbligatoria ai fini della validità della domanda; allegare copia del documento di identità in corso di validità ( DPR 445/ 2000 – art. 38 – comma 3) .*