

Esente da bollo

## ALL'ASP CIRCONDARIO IMOLESE

Prot n° \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Titolo \_\_\_\_ Classe \_\_\_\_

### FONDO PER IL SOSTEGNO ALL'ACCESSO ALLE ABITAZIONI IN LOCAZIONE per il pagamento dei canoni relativi all'anno 2018- COMUNE DI MEDICINA

(L. 431/98, L.R. 24/2001 e successive modificazioni ed integrazioni ai sensi della Delibera Regionale n. 1417 del 25/09/2017)

### DOMANDA DI CONTRIBUTO

#### **RICHIEDENTE:**

Nome e Cognome	
Luogo e data di nascita	
Residente a	
Via/ Piazza/numero	
Codice Fiscale	
Telefono	
Fax	
e-mail	

Con riferimento al Bando Pubblico approvato con Determina n. 362 del 24/10/2018

#### **CHIEDE**

di essere ammesso al contributo per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione di cui all'art. 11 della L. 9/1988 n. 431 e art. 38 della L.R. 24/01 e successive modifiche ed integrazione.

A tal fine, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445:

#### **DICHIARA**

**VARIAZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE solo se diverso dall'attestazione ISEE allegata**

Nome e Cognome	Luogo e data di nascita

#### **Cittadinanza del beneficiario:**

*(BARRARE IL CAMPO RELATIVO ALLA SITUAZIONE ESISTENTE)*

Cittadino Italiano	SI	NO	
Cittadino di Stato aderente all'Unione Europea	SI	NO	
Cittadino di uno Stato non appartenente all'UE in possesso di valido permesso di soggiorno o richiesta di rinnovo presentata	SI	NO	Doc. da allegare

a _____	il _____	Città di Medicina	
---------	----------	-------------------	--

## Contratto di locazione:

(BARRARE IL CAMPO RELATIVO ALLA SITUAZIONE ESISTENTE)

<b>Titolare di contratto ad uso abitativo di un immobile ubicato nel Comune di Medicina registrato all’Agenzia delle Entrate di _____ N. _____ di categoria catastale _____</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Di essere residente nell’alloggio oggetto del contratto di cui sopra</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Il nucleo è in regola con il pagamento dei canoni di locazione</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>I componenti del nucleo sono titolari di alloggio ERP sul territorio nazionale</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>I componenti del nucleo hanno diritti di proprietà, in ambito nazionale per una quota superiore al 50%</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

## Condizioni che non sono causa di esclusione dal contributo:

(BARRARE IL CAMPO RELATIVO ALLA SITUAZIONE ESISTENTE)

<b>Titolarità afferente la sola nuda proprietà di un immobile inferiore al 50%</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Abitazione inagibile o inabitabile situata nel Comune di _____ con provvedimento n. _____ del _____</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Alloggio assegnato al coniuge per effetto di sentenza di separazione</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Allegare separazione</b>
<b>Alloggio rimasto in disponibilità all’ex convivente</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Allegare scrittura autenticata</b>
<b>Alloggio oggetto di procedura di pignoramento notificata in data _____ con provvedimento di rilascio emesso dal Giudice Esecutore</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Allegare notifica</b>
<b>Che nella stessa unità immobiliare oggetto del contratto è residente il seguente nucleo familiare _____ titolare di un proprio contratto di locazione con un canone annuo di € _____</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	

## Condizioni del nucleo:

(COMPILARE I CAMPI RELATIVI ALLA SITUAZIONE ESISTENTE)

<b>Che il valore ISEE del nucleo familiare non è superiore a € 10.000 Il valore ISEE da prendere in considerazione è quello “ordinario” con scadenza il 15/01/2019 ed ammonta a</b>	€ _____	<b>In mancanza di attestazione allegare ricevuta di avvenuta presentazione ISEE</b>
<b>Che il canone di locazione indicato nell’ISEE è pari a € _____ annui per un importo mensile di</b>	€ _____	
<b>Che il nucleo è moroso rispetto al pagamento dei canoni di locazione 2018 per un importo di</b>	€ _____	<b>Allegare dichiarazione proprietario</b>

Di accettare tutte le norme del bando e di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa al contratto o alla composizione anagrafica dichiarati nella domanda

Di essere informato che potranno essere eseguiti controlli per accertare la veridicità di quanto dichiarato nel presente bando e di essere consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni mendaci

## ALLEGATI OBBLIGATORI in assenza la domanda non sarà ritirata:

(BARRARE IL CAMPO RELATIVO)

Contratto di locazione	<input type="checkbox"/>	
Ricevute pagamento canoni di locazione anno 2018 o dichiarazione del proprietario	<input type="checkbox"/>	
DSU e Attestazione ISE ed ISEE con scadenza al 15/01/2019	<input type="checkbox"/>	
Rinnovo contratto dopo la prima scadenza (F23)	<input type="checkbox"/>	
Permesso di soggiorno o ricevuta di rinnovo	<input type="checkbox"/>	Solo per cittadini immigrati
Dichiarazione sullo stato di morosità, rilasciata dal locatore	<input type="checkbox"/>	Solo in caso di morosità
Fotocopia codice IBAN	<input type="checkbox"/>	
Fotocopia di un documento d'identità valido del richiedente se la domanda viene presentata per posta o da terza persona	<input type="checkbox"/>	
Separazione giudiziale/consensuale o scrittura privata autenticata per l'ex convivente	<input type="checkbox"/>	Solo in caso di separazione
Notifica provvedimento di rilascio relativa al pignoramento dell'immobile	<input type="checkbox"/>	Solo in caso di pignoramento

## ALLEGATI FACOLTATIVI

(BARRARE IL CAMPO RELATIVO)

Ricevuta presentazione DSU per il calcolo ISEE	<input type="checkbox"/>	

## RICHIEDE

CHE LA LIQUIDAZIONE DELL'EVENTUALE CONTRIBUTO SPETTANTE AVVENGA MEDIANTE:

accredito sul conto corrente intestato al beneficiario, e a tal fine si attesta che il numero di conto corrente è identificato dal seguente codice IBAN:

IBAN Paese	Cin EU	Cin IT	ABI	CAB	n. conto

Dichiara infine di aver preso atto dell'informativa resa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e di essere consapevole che:

- il conferimento dei dati contenuti nella presente domanda non è facoltativo ma necessario per l'accesso al contributo in questione;

- il trattamento dei dati personali inseriti nella presente domanda è finalizzato alla sola gestione del relativo procedimento amministrativo;
- il titolare del trattamento è il Comune di Medicina e il responsabile del trattamento è l'ASP Circondario Imolese;
- il responsabile della protezione dei dati è stato individuato da Asp nella società Lepida SpA ([dpo-team@lepida.it](mailto:dpo-team@lepida.it));
- i dati sono trattati da personale interno dell'Asp previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento e in caso di ammissione al contributo saranno comunicati all'Istituto Tesoriere dell'ente per il pagamento;
- può chiedere l'accesso ai dati personali che lo riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del RGPD) presentando apposita istanza al Responsabile della protezione dei dati personali

Dichiara altresì che quanto autocertificato nella presente istanza è vero e documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

delego il signor \_\_\_\_\_ a presentare la domanda per mio conto

In fede

data, .....

.....  
**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

---

Il funzionario addetto

---