



COMUNE DI FARA GERA D'ADDA

**Allegato A1 – domanda**

Al Sig. **Sindaco del Comune di  
Fara Gera d'Adda**

**OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO PER IL MANTENIMENTO DELL'ALLOGGIO IN  
LOCAZIONE ANCHE A SEGUITO DELLE DIFFICOLTA' ECONOMICHE DERIVANTI DALL'EMERGENZA  
SANITARIA COVID 19 – ANNO 2022- DL 73/21**

Io sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... codice  
fiscale .....,  
telefono .....; email .....

**CHIEDE**

Che il proprio nucleo familiare venga ammesso al contributo per la locazione come da deliberazione di G.M.  
n° \_\_ - del \_\_\_\_

Consapevole che ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, si potrà procedere ad idonei controlli volti  
ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni  
previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del  
beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

**DICHIARA** (barrare e compilare in tutte le parti)

- Di essere residente nel Comune di Fara Gera d'Adda;
- Per i cittadini non italiani: di avere un titolo di soggiorno che autorizza la permanenza sul territorio dello Stato italiano;
- Di non essere titolare (né il richiedente né alcun componente del nucleo familiare) di alloggio adeguato in Regione Lombardia;
- Di essere in possesso di attestazione ISEE anno 2022 rilasciata da INPS con n° di protocollo ..... il cui valore economico ammonta a € .....
- Che il proprio nucleo familiare ai fini ISEE, oltre al richiedente è così composto:

NOME E COGNOME FAMILIARE	CODICE FISCALE



COMUNE DI FARA GERA D'ADDA

**Allegato A1 – domanda**


- Di essere consapevole che il contributo verrà erogato direttamente al/i proprietario/i di casa (*la/le dichiarazione/i del proprietario dell'alloggio dovrà essere allegata alla presente domanda*).
- Di non essere sottoposto a procedure di rilascio dell'abitazione.
- Di essere residente da almeno un anno nell'alloggio oggetto del contributo  
Data di registrazione del contratto.....  
Importo canone mensile.....  
Data inizio residenza nell'alloggio.....
- Di essere consapevole che nel caso in cui il nucleo familiare del cittadino richiedente abbia beneficiato/sia assegnatario della misura di **sostegno solidarietà alimentare** gestita dal Comune il contributo assegnabile verrà decurtato dell'importo equivalente al beneficio ricevuto per la solidarietà alimentare.

**DI ESSERE IN UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI CHE DANNO DIRITTO ALL'ACCESSO AL CONTRIBUTO**

- Perdita del lavoro per licenziamento del/la Sig./Sig.ra .....  
dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegato obbligatorio: copia lettera di licenziamento).
- Accordi aziendali e sindacali con riduzione dell'orario di lavoro del/la Sig./Sig.ra  
.....Dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegato obbligatorio: copia  
**comunicazione di riduzione di attività lavorativa**).
- cassa integrazione ordinaria o straordinaria del/la Sig./Sig.ra  
..... dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegato obbligatorio: copia  
**comunicazione di sospensione dal lavoro**).
- cessazione di attività libero -professionale o di impresa registrate, derivanti da cause di forza maggiore o di perdita di avviamento in misura consistente del/la Sig./Sig.ra.....  
dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegato obbligatorio: copia visura camerale)
- malattia grave del//la Sig./Sig.ra .....dal (mese/anno)  
\_\_\_\_/\_\_\_\_ , che ha comportato riduzione del reddito, anche per effetto di rilevanti spese mediche/assistenziali sostenute pari ad € .....



COMUNE DI FARA GERA D'ADDA

**Allegato A1 – domanda**

**(allegati obbligatori: copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera; copia delle fatture / ricevute fiscali relative alle spese mediche. Nel caso di spese interamente a carico del Servizio Sanitario, dovrà essere dimostrata la caduta di reddito dovuta alla malattia: es. certificato di invalidità, incapacità di svolgere le proprie mansioni, ecc.)**

- infortunio del/la Sig./Sig.ra .....dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_, che ha comportato riduzione del reddito, anche per effetto di rilevanti spese mediche/assistenziali sostenute pari ad € ..... **(allegati obbligatori: copia certificazione infortunio; copia delle fatture / ricevute fiscali relative alle spese mediche)**
- Decesso del/la Sig./Sig.ra ..... in data (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ che ha comportato una riduzione del reddito **(allegati obbligatori: copia certificato di morte)**
- Altra condizione di difficoltà economica che comporti un'incidenza dell'affitto (escluse spese ed oneri accessori) sul reddito familiare complessivamente disponibile pari o superiore al 30% **(specificare e allegare documentazione che comprova la condizione)**  
.....

**DICHIARA INOLTRE**

- Di non avere ricevuto alcuno dei sostegni per il mantenimento dell'alloggio in locazione previsti dal bando nell'anno 2021 e pertanto di godere delle priorità per l'ammissione al beneficio  
oppure
- Di avere ricevuto sostegno da una delle seguenti misure a far data dal 1/1/2022:
  - Contributo MISURA UNICA SOSTEGNO LOCAZIONE Ambito di Treviglio Anno 2022;
  - sostegno abitativo a favore di coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio economico" ai sensi della D.G.R. n. 2469/2019, del Decreto n. 3167/2020 e del decreto n. 3930/2020
  - altre misure comunali di sostegno alla locazione o alimentari

**ALLEGA ALLA PRESENTE**

- copia della carta di identità del richiedente in corso di validità;
- per i cittadini stranieri copia di un titolo di soggiorno che autorizza la permanenza sul territorio dello stato;
- documentazione obbligatoria attestante la condizione di priorità (come da indicazioni sopra)
- copia del contratto di affitto vigente in corso di validità (con registrazione ed eventuali proroghe).
- Allegato b1 – Dichiarazione/i del proprietario/i dell'immobile, compilata in ogni parte, sottoscritta e con allegata copia del documento di identità dello stesso.



COMUNE DI FARA GERA D'ADDA

**Allegato A1 – domanda**

**Luogo e Data**

**Firma del dichiarante**

.....

.....

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto .....  
ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e s.m.i., del D.Lgs n. 101 del 10/08/2018 (Adeguamento normativa al Regolamento UE 2016/679), con la firma in calce esprime il consenso ed autorizza il trattamento dei propri dati personali ai fini esclusivi della gestione della presente domanda di ammissione al contributo di cui sopra e ai fini della eventuale erogazione dello stesso. Al dichiarante sono riconosciuti tutti i diritti di cui agli artt. 13-22 del D.Lgs. n. 101/2018 e i diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 : tali diritti potranno essere fatti valere rivolgendo richiesta a Comune di Fara Gera d'Adda in qualità di Responsabile al trattamento dei dati.

**Luogo e Data**

**Firma del dichiarante**

.....

.....