



Amministrazione destinataria
Comune di Ospedaletto Lodigiano

Ufficio destinatario

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa dal soggetto da inserire nel nucleo familiare

Ai sensi del Regolamento Regionale 04/08/2017, n. 4

Il sottoscritto soggetto che amplia il nucleo familiare

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- che nessun componente del nucleo familiare è proprietario o ha altri diritti di godimento su un immobile sul territorio nazionale o all'estero adeguato alle esigenze del nucleo
- che nessun componente del nucleo familiare è stato assegnatario di alloggi sociali per i quali è stata dichiarata la decadenza o è stato disposto l'annullamento, con conseguente risoluzione del contratto di locazione negli ultimi cinque anni
- che nessun componente del nucleo familiare è stato sfrattato per morosità da alloggi di edilizia residenziale pubblica negli ultimi cinque anni
- che nessun componente del nucleo familiare ha occupato abusivamente alloggi o unità immobiliari ad uso non residenziale o spazi pubblici o privati negli ultimi cinque anni
- che nessun componente del nucleo familiare ha ceduto, in tutto o in parte, fuori dai casi previsti dalla legge, un alloggio precedentemente assegnato in locazione o sue pertinenze
- che nessun componente del nucleo familiare è mai stato proprietario di altri alloggi costruiti con agevolazioni o contributi pubblici

Quadro A) - Redditi, sussidi e detrazioni

Redditi e sussidi

Reddito da lavoratore dipendente o assimilati [€]	Altri emolumenti [€]	Totale [€]
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Detrazioni

IRPEF dovuta [€]	Spese mediche [€]	Rette [€]	Totale [€]
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quadro B) - Diritti reali su beni immobili

Valore ICI immobile (*) [€]	Quota mutuo residuo immobile (**) [€]	Valore effettivo [€]

Valore ICI immobile (*): inserire il valore ICI dell'immobile in base alla quota di proprietà del soggetto

Quota mutuo residuo immobile (**): inserire il valore di competenza del soggetto

Quadro C) - Beni mobili posseduti

Denominazione intermediario/gestore (*)	Codice intermediario/gestore	Importo del patrimonio mobiliare [€]

Denominazione intermediario/gestore (*): banca, ufficio postale, ecc.

Elenco degli allegati

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

- documentazione relativa al patrimonio mobiliare (conti correnti postali e bancari, libretti di risparmio bancari e/o postali, certificati di deposito, titoli di stato, buoni dematerializzati, estratto conto pagamenti/rate mutui residui, polizze assicurative vita, ecc.)
(da allegare solo se il dichiarante è titolare di patrimonio mobiliare)
- copia del documento d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Ospedaletto Lodigiano		
Luogo	Data	il soggetto ospitato