



Amministrazione destinataria
Comune di Ospedaletto Lodigiano

Ufficio destinatario
Area Servizi al Cittadino – Segreteria

Domanda di rateizzazione del canone di affitto e delle spese di locazione in arretrato

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				

assegnatario di un alloggio collocato in

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

a seguito di problemi socio-economici dovuti a

Descrizione problemi socio-economici

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

la rateizzazione del canone e delle spese di locazione arretrate relative all'anno

Anni di riferimento canone e spese arretrate

versando mensilmente la somma di

Somma da versare mensilmente	Numero rate
<input type="text"/>	<input type="text"/>
€	

a decorrere dal mese di

Mese di inizio pagamento

con scadenza del pagamento prevista per

Data di scadenza prevista

- inizio mese
- metà mese
- fine mese

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

- la sussistenza di difficoltà economiche ad effettuare pagamento dell'arretrato in unica soluzione
- l'inesistenza di morosità relative a precedenti rateazioni o dilazioni
- di essere a conoscenza che la presente richiesta comporta l'obbligo di pagare le rate dell'arretrato alle singole scadenze (pena la decadenza automatica dalla concessione di rateizzazione) e contestualmente di rispettare i versamenti relativi all'affitto e alle spese correnti e futuri al fine di prevenire il ripetersi della morosità

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 ultima busta paga dei familiari con reddito
- eventuale documentazione comprovante lo stato di necessità
- copia del documento d'identità del dichiarante
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- 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.

Ospedaletto Lodigiano

Luogo

Data

il dichiarante