



Amministrazione destinataria
Comune di Ospedaletto Lodigiano

Ufficio destinatario
Area Servizi al Cittadino – Segreteria

Domanda di contributo per il sostegno al mantenimento dell'alloggio in locazione

anno

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

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

di essere ammesso al contributo per il sostegno al mantenimento della locazione.

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

- di essere cittadino italiano o di uno Stato membro dell'Unione Europea o di Stato non appartenente all'Unione Europea in possesso di regolare titolo di soggiorno in corso di validità o, se scaduto, per il quale è stata già formulata richiesta di rinnovo
- di essere titolare (o facente parte del suo nucleo familiare) di un contratto di locazione regolarmente registrato e di risiedere in locazione da almeno 6 mesi alla data odierna
- che il predetto alloggio in locazione non è classificato nelle categorie catastali A/1, A/8 o A/9
- che nessun componente del nucleo è titolare del diritto di proprietà su immobile fruibile ed adeguato in Lombardia
- che il nucleo familiare non è destinatario di alcun procedimento di rilascio alloggio (sfratto)
- di avere un ISEE in corso di validità di massimo 18.000,00 €

ISEE

€

Rilasciato in data

- di essere consapevole che in caso di valutazione positiva della domanda e di disponibilità di risorse, il contributo sarà

liquidato direttamente al proprietario dell'alloggio

Cognome		Nome			Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza			
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	
Banca			IBAN					

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 del contratto di locazione dell'alloggio con estremi di registrazione

documento di identità

(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