ALLEGATO B

SCHEMA DI DOMANDA
BANDO MOROSITÀ INCOLPEVOLE

Al COMUNE DI POZZUOLI
Via Tito Livio
Direzione 6
Servizi Sociali

Oggetto: **domanda di partecipazione al Bando per l'accesso al fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli, ai sensi dell'art. 6, comma 5, del D.L. 102/2013, convertito con Legge n. 124 del 28.10.2014 – Annualità 2015.**

Il/La sottoscritto/a ……
nato/a a ……, il ……Prov.……
Residente in ……..via/piazza……n……..
Prov. …… Recapito telefono: ……Cellulare.……..

CHIEDE

di partecipare al Bando per l'accesso al fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli ai sensi dell'art. 6, comma 5, del D.L. 102/2013, convertito con Legge n. 124 del 28.10.2014.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio del contributo e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti,

DICHIARA

quanto segue:
- di essere nato/a a ……..Prov…… il ……;
- di avere il seguente codice fiscale
|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|;
- di essere in possesso della cittadinanza:
(barrare il riquadro in quale condizione il richiedente si trova)
☐ italiana;
☐ del seguente Stato appartenente all'Unione Europea……(indicare il Paese);
☐ di uno Stato non appartenente all'Unione Europea e di possedere un regolare titolo di soggiorno ai sensi del Testo Unico D. Lgs n. 286 del 25.07.1998 e ss.mm.ii.
- di essere residente da almeno un anno nell'alloggio oggetto della procedura di rilascio e di essere residente in questo Comune alla data di presentazione della presente domanda;
- che né il richiedente, né alcun componente del nucleo familiare indicato nella dichiarazione sostitutiva di stato di famiglia allegata è titolare di diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione, nella provincia di residenza, di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del proprio nucleo familiare;
- di essere titolare per l'anno 2015 di un contratto di locazione per uso abitativo, regolarmente registrato il ……al n……Serie……..presso l'Agenzia delle Entrate di…… con decorrenza dal ……..al…… della durata di anni……; tipo di contratto:
a canone libero (ad es. patti in deroga, equo canone, legge 431/1998 art. 2 o art. 5, etc…)
a canone concordato (accordi territoriali), relativo all'immobile sito nel Comune di Pozzuoli (NA), alla via/piazza……., n……, interno……. registrato al Catasto al Foglio……Particella……Subalterno……Categoria catastale ……, per il Canone di locazione annuale di € ……; (valore in lettere)……. (sono escluse dal beneficio gli immobili appartenenti alle categorie A/1, A/8 e A/9), risultante dal contratto che è relativo ad un immobile non di edilizia residenziale pubblica;
- di essere destinatario di un atto di intimidazione di sfratto per morosità, con citazione per la convalida, a seguito del mancato pagamento dei seguenti canoni di locazione: da …… a ……., rendendosi così moroso per un ammontare complessivo di € ……(valore in lettere) …….);
- di essere in possesso dei requisiti per poter usufruire delle misure previste nei casi di morosità incolpevole

accertata, in base all'articolo 6 comma 5 del D.L. 102/2013 come convertito dalla Legge 124/2013, nonché del Decreto del Ministero delle infrastrutture 14 maggio 2014, stante l'impossibilità a provvedere al pagamento del canone in ragione della perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare, dovuta a (*barrare opzione)*:

⦂ ***Perdita di lavoro per licenziamento*** *avvenuto in data* ____/____/_____(allegare obbligatoriamente copia lettera di licenziamento)

⦂ ***Accordi aziendali o sindacali con consistenti riduzione dell'orario di lavoro i****ntervenuti in data* ____/____/_____ (allegare obbligatoriamente - comunicazione di riduzione attività lavorativa) *;*

⦂ ***Cassa integrazione ordinaria o straordinaria*** *intervenuta in data* ____/____/_____*che limiti notevolmente la capacità reddituale* (allegare obbligatoriamente – comunicazione di sospensione dal lavoro)*;*

⦂ ***Mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici*** *intervenuta in data* ____/____/_____(allegare obbligatoriamente – copia contratto di lavoro scaduto)*;*

⦂ ***Malattia grave Infortunio o Decesso*** *di un componente del nucleo familiare che ha comportato o la consistente riduzione del reddito complessivo del nucleo medesimo o la necessità dell'impiego di parte notevole del reddito per fronteggiare rilevanti spese mediche e assistenziali, Intervenuta in data* ____/____/_____(allegare obbligatoriamente – copia certificato medico o struttura sanitaria, copia certificazione infortunio, copia ricevute fiscali di spese mediche);*.*

⦂ ***Cessazione di attività libero-professionali o di imprese registrate****, derivanti da cause di forza maggiore o da perdita di avviamento in misura consistente in data* ____/____/_____ (allegare obbligatoriamente – dichiarazione di chiusura partita iva o visura camerale)*;*

⦂ **Altri motivi** attestati dal Servizio Sociale relativi alla diminuzione della capacità reddituale sempreché connessi al peggioramento della condizione economica generale, in particolare per quanto attiene ai fenomeni di ….. precarietà lavorativa, ….. separazione legale, altro…….....(allegare obbligatoriamente documenti che comprovino gli altri motivi attestati).

Per poter accedere al contributo, **nei limiti delle disponibilità finanziarie eventualmente rinvenute o dell'effettiva erogazione dei fondi da parte della Regione Campania; altresì**

DICHIARA,,

- di essere consapevole che accederanno al contributo in questione coloro che hanno un reddito ISE del nucleo familiare non superiore ad euro 35.000,00 o un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore ISEE non superiore ad euro 26.000,00;
- che la situazione del proprio nucleo familiare è quella risultante dalla dichiarazione sostitutiva unica ISE ed ISEE, allegata alla presente domanda, e che dunque, il reddito annuo fiscalmente imponibile del nucleo familiare è il seguente:

ISE pari ad euro ……;

ISEE pari ad euro ……..;

- che l'eventuale erogazione del contributo verrà utilizzata per (barrare la condizione in cui il richiedente si trova):

– **sottoscrivere** con il proprietario dell'alloggio un nuovo Contratto di locazione a canone concordato;

– **versare il deposito cauzionale** per la stipula di un nuovo Contratto di locazione;

– il **ristoro, anche parziale, del proprietario dell'alloggio** che abbia dimostrato la propria disponibilità a consentire il differimento dell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile (come da dichiarazione allegata alla presente istanza);

con impegno a depositare al Comune di Pozzuoli la documentazione comprovante l'avvenuto utilizzo del contributo eventualmente ricevuto secondo i fini sopra dichiarati, entro 40 giorni dall'erogazione dello stesso;

- che nel proprio nucleo familiare vi è almeno un componente nella condizione di cui all'articolo 3 del bando e cioè (*barrare il riquadro relativo alla condizione in cui richiedente si trova)*:

ultrasettantenne, nel numero di……..persone;

minore, nel numero di……..persone;

invalidità accertata per almeno il 74% , nel numero di……..persone;

in carico ai servizi sociali o alle aziende sanitarie locali per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale, nel numero di……..persone;
nucleo familiare senza fonte di reddito;
- di aver preso visione dell'avviso pubblico a cui la presente domanda si riferisce, emesso dal Comune di Pozzuoli e di accettare tutte le condizioni in esso riportate e, nello specifico, di essere a conoscenza ed accettare che allorquando non venga assegnato e/o trasferito il finanziamento da parte della Regione Campania, il Comune di Pozzuoli non erogherà contributi per i benefici di cui alla presente domanda.

ALLEGA

essendo richiesta a pena di esclusione, la seguente documentazione (*barrare i documenti depositati*):
□ copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
□ per i richiedenti extracomunitari copia del titolo di soggiorno in corso di validità ai sensi del T.U. - D.lgs. n. 286 del 25.7.1998 e ss.mm.ii.;
□ dichiarazione sostitutiva unica (D.S.U.), resa e sottoscritta dal concorrente, ai sensi del D.P.C.M. n. 159/13 e s.m. ed i., ai sensi della nuova disciplina, introdotta dal Decreto Ministero del Lavoro e delle politiche sociali del 7 novembre 2014, a far data dal 1 gennaio 2015, debitamente compilata in ogni sua parte, per la verifica della situazione economica e patrimoniale del nucleo familiare;
□ contratto di locazione regolarmente registrato;
□ dichiarazione sostitutiva di certificato di residenza storico (modello allegato);
□ dichiarazione sostitutiva di certificato di stato di famiglia storico (modello allegato);
□ dichiarazione ISE ed ISEE redatta ai sensi della nuova disciplina introdotta, a far data dal 1 gennaio 2015;
□ eventuale copia decreto di invalidità (con indicazione della percentuale);
□ eventuale copia sentenza di separazione legale;
□ copia del provvedimento di sfratto per morosità con citazione per la convalida ed eventuale dichiarazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, che a seguito dello sfratto è stato stipulato un nuovo contratto di locazione ad uso abitativo con le modalità stabilite dalla legge 431/98;
□ documentazione comprovante la perdita o sensibile diminuzione della capacità reddituale per i motivi dichiarati in domanda e cioé:
○ copia del documento da cui risulti la riduzione della capacità reddituale per accordi aziendali o sindacali;
○ copia comunicazione di sospensione dal lavoro;
○ copia lettera di licenziamento;
○ copia contratto di lavoro scaduto;
○ copia del provvedimento di concessione della Cassa integrazione ordinaria;
○ copia del provvedimento di concessione della Cassa integrazione straordinaria;
○ copia documentazione attestante la collocazione in stato di mobilità;
○ copia visura camerale o comunicazione di chiusura partita iva;
○ copia certificato medico curante o di struttura sanitaria attestante malattia grave;
○ copia certificazione di infortunio resa dal medico curante o dalla ASL di appartenenza;
○ copia documentazione comprovante il decesso in seguito a grave malattia di un componente il nucleo familiare resa dal medico curante o dalla ASL di appartenenza;
○ copia delle fatture e ricevute fiscali di spese mediche e assistenziali sostenute;
○ altro_____;
○ _____;
□ eventuale dichiarazione del proprietario dell'alloggio e copia del documento di riconoscimento in corso di validità (ipotesi di cui al n. 3 articolo 2 del bando - modello allegato);
□ ogni altra documentazione idonea a dimostrare il possesso dei requisiti soggettivi e oggettivi:
○ altro_____;
○ _____;

ESPRIME

il proprio consenso al trattamento dei dati personali ivi compresi quelli sensibili nel rispetto delle disposizioni di cui al D. lgs 196/2003 e contenute nell'avviso pubblico, necessari per l'istruttoria della domanda;

CHIEDE

- che tutte le comunicazioni relative alla presente domanda siano inviate al seguente indirizzo (da indicarsi solo se diverso da quello di residenza): …….
…….

- che il contributo "*de quo*" sia corrisposto mediante le seguenti modalità di pagamento:

☐ bonifico intestato a* …….

sul conto corrente …….....

IBAN (International Bank Account Number)

…….....

Paese CIN ABI CAB Conto Corrente

Luogo e data …….

Firma
IL DICHIARANTE

_____

(La firma è obbligatoria ai fini della validità della domanda

Allegare copia del documento di riconoscimento in corso di validità)

*** È possibile indicare anche il nominativo del proprietario dell'immobile con i dati del conto corrente di quest'ultimo nell'ipotesi in cui il contributo sia richiesto ai fini del ristoro, anche parziale, del proprietario dell'alloggio, che abbia dimostrato la propria disponibilità a consentire il differimento dell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile con apposita dichiarazione (art. 2 n.3 del Bando)**