

**Oggetto: Contributo economico al disagio abitativo**

Il/la sottoscritto/a

nato/a a  il  residente a

in  n.  CAP  tel.

email  C.F.

domicilio (solo se diverso da residenza) nel Comune di

in  n.  CAP  tel.

**CHIEDE**

Di essere ammesso al contributo economico di contrasto al disagio abitativo.

**DICHIARA**

A tale scopo, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

- di essere cittadino italiano o di uno Stato aderente all'Unione Europea;
- di essere cittadino di uno Stato non aderente all'Unione Europea ed in possesso di permesso di soggiorno o carta di soggiorno;
- di essere residente nel Comune di  dal
- di appartenere a nucleo familiare i cui componenti non sono titolari di diritti di proprietà, usufrutto, uso e abitazione su territorio nazionale, alloggio di edilizia popolare;
- che nessun componente del nucleo familiare ha occupato abusivamente immobili di edilizia popolare;
- di essere intestatario di un contratto di locazione di unità immobiliare, ad uso abitativo regolarmente registrato e nel quale si risiede, di durata non inferiore ad anni 1(uno); sono esclusi i conduttori di alloggi appartenenti alle categorie catastali A/1, A/7, A/8 e A/9;
- di trovarsi in una delle seguenti condizioni (contrassegnare con una X le condizioni che ricorrono):

**Situazione abitativa**

|                                                                                                             |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Nuclei familiari interessati da provvedimento di sfratto esecutivo e/o di rilascio dell'immobile            | <input type="checkbox"/> |
| Nuclei familiari sul cui alloggio è pendente un procedimento dinanzi all'A.G. per sfratto                   | <input type="checkbox"/> |
| Soggetti conduttori dell'alloggio in situazione di morosità tale da esporre la famiglia a rischi di sfratto | <input type="checkbox"/> |

**Situazione reddituale desunta da ISEE**

|                                            |                          |
|--------------------------------------------|--------------------------|
| Isee zero                                  | <input type="checkbox"/> |
| Isee compreso da € 0,01 a € 2.500,00       | <input type="checkbox"/> |
| Isee compreso tra € 2.500,01 e € 5.000,00  | <input type="checkbox"/> |
| Isee compreso tra € 5.000,01 e € 7.500,00  | <input type="checkbox"/> |
| Isee compreso tra € 7.500,01 e € 10.000,00 | <input type="checkbox"/> |

**Situazione familiare**

Componenti nucleo familiare n.

**Ulteriori requisiti**

|                                                                                                                 |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Minori presenti nel nucleo familiare                                                                            | n. <input type="text"/>  |
| Anziani (oltre 65 anni) presenti nel nucleo familiare                                                           | n. <input type="text"/>  |
| persone diversamente abili presenti nel nucleo familiare con grado di invalidità fino al 74%                    | n. <input type="text"/>  |
| persone diversamente abili presenti nel nucleo familiare con grado di invalidità compresa tra il 75% ed il 100% | n. <input type="text"/>  |
| in condizioni di cassa integrazione                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| in condizioni di mobilità                                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| in condizioni di licenziamento ed iscritto al Centro per Impiego                                                | <input type="checkbox"/> |
| chiusura dell'impresa registrata alla CC.I.AA.                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| disoccupato da lungo periodo (almeno da 24 mesi)                                                                | <input type="checkbox"/> |
| Famiglie monogenitoriali con minori a carico                                                                    | <input type="checkbox"/> |

**Composizione del nucleo familiare**

| Cognome e Nome       | Grado Parentela      | Data di nascita      | Invalidità %         | Reddito da lavoro                                                       |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | saltuario <input type="checkbox"/><br>regolare <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | saltuario <input type="checkbox"/><br>regolare <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | saltuario <input type="checkbox"/><br>regolare <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | saltuario <input type="checkbox"/><br>regolare <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | saltuario <input type="checkbox"/><br>regolare <input type="checkbox"/> |

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Si è a conoscenza che ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 verranno effettuati controlli anche a campione per verificare la correttezza e veridicità delle dichiarazioni rese, prima/contestualmente/successivamente all'erogazione dei benefici.

Determinano la decadenza dai benefici economici:

- la non veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese;
- il venir meno di uno dei requisiti richiesti per l'ammissione al beneficio.

**Si allegano:**

- Certificazione ISEE in corso di validità;
- Documentazione comprovante lo stato di emergenza abitativa (ordinanza, convalida di sfratto, il giudizio dinanzi A.G., morosità);
- Documentazione ritenuta utile ai fini dell'attribuzione del punteggio per i criteri di valutazione (certificazione di invalidità, decreti di affidamento minori, ecc.);
- Copia documento di identità in corso di validità;
- Copia del permesso/carta di soggiorno (se cittadini extra-comunitari).

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile al seguente link: <http://comune.tivoli.rm.it/home/entrare/il-comune/privacy-responsabile-della-protezione-dei-dati/> resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma

**N.B.** Il modulo va consegnato in uno degli URP o inviato con email a [urp@comune.tivoli.rm.it](mailto:urp@comune.tivoli.rm.it) o con PEC a [info@pec.comune.tivoli.rm.it](mailto:info@pec.comune.tivoli.rm.it)