



## COMUNE DI CANEGRATE

PROVINCIA DI MILANO

Sede: Via Manzoni, 1 – Tel. (0331) 463811 – Telefax (0331) 401535 – Cod.fisc. e part.IVA 00835500158

[www.canegrate.mi.it](http://www.canegrate.mi.it) - [info@canegrate.mi.it](mailto:info@canegrate.mi.it)

### AREA CULTURA E POLITICHE SOCIALI

[sociali@comune.canegrate.mi.it](mailto:sociali@comune.canegrate.mi.it)

SOSTEGNO AI NUCLEI FAMILIARI TITOLARI DI CONTRATTO DI LOCAZIONE SUL LIBERO MERCATO E SOTTOPOSTI A PROCEDURA DI SFRATTO PER MOROSITA' INCOLPEVOLE.

### DOMANDA EROGAZIONE CONTRIBUTO

(Decreto MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI TRASPORTI del 30 MARZO 2016, D.G. Regione Lombardia X/5644 del 03 OTTOBRE 2016))

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

NATO A..... PROV..... IL .....

RESIDENTE A..... PROV..... IN VIA..... CIV .....

DAL\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (data di inizio residenza all'indirizzo indicato – sono esclusi dal beneficio i soggetti residenti nell'alloggio da meno di un anno).

TELEFONO..... EMAIL.....

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del

medesimo D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

DICHIARA

DI ESSERE:

Cittadino italiano/cittadino UE

Cittadino non appartenente all'UE in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità  
con  
scadenza il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (allegato obbligatorio copia del permesso di soggiorno)

Cittadino non appartenente all'UE in possesso di richiesta di rinnovo del permesso presentata  
in  
data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (allegati obbligatori copia del permesso di soggiorno e copia della  
richiesta di rinnovo)

Cittadino non appartenente all'UE in possesso di carta di soggiorno (allegato obbligatorio  
copia della carta di soggiorno)

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE, così come risultante dalla dichiarazione ISE/ISEE, è  
composto  
da (includere i dati del richiedente):

| N.<br>PROG. | COGNOME NOME | DATA DI<br>NASCITA | CODICE FISCALE (*) | (*) | RELAZIONE<br>(**) |
|-------------|--------------|--------------------|--------------------|-----|-------------------|
|             |              |                    |                    |     | RICHIEDENTE       |
|             |              |                    |                    |     |                   |
|             |              |                    |                    |     |                   |



## COMUNE DI CANEGRATE

PROVINCIA DI MILANO

Sede: Via Manzoni, 1 – Tel. (0331) 463811 – Telefax (0331) 401535 – Cod.fisc. e part.IVA 00835500158

[www.canegrate.mi.it](http://www.canegrate.mi.it) - [info@canegrate.mi.it](mailto:info@canegrate.mi.it)

### AREA CULTURA E POLITICHE SOCIALI

[sociali@comune.canegrate.mi.it](mailto:sociali@comune.canegrate.mi.it)

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(\*) Indicare il numero corrispondente ad una delle sottoelencate condizioni:

1. = anziano ultra settantenne.

2. = minore (alla data di compilazione della domanda)

3. = disabile con invalidità  $\geq$  al 74% (allegato obbligatorio copia certificato di invalidità)

4. = componente del nucleo familiare in carico ai Servizi Sociali o alle competenti A.S.L. (indicare quale)

\_\_\_\_\_ per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale.

(\*\*) Indicare la relazione con il richiedente (moglie, marito, figlio/a, genitore, altro).

DI ESSERE CONDUTTORE:

DELL'UNITÀ ABITATIVA SITA IN (via/viale/largo/piazza)

.....(civ).....(int).....

DATI CATASTALI: Foglio..... Mappale..... Subalterno.....;

CATEGORIA CATASTALE .....(sono escluse dal beneficio le categorie catastali A/1, A/8 e A/9);

IN FORZA DI CONTRATTO DI LOCAZIONE SOTTOSCRITTO CON IL SIGNOR/A

(PROPRIETARIO/LOCATORE) (allegato obbligatorio copia contratto di locazione con estremi di registrazione):

.....C.F.....

TELEFONO.....EMAIL.....

STIPULATO IN DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E REGISTRATO IN DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

AD UN CANONE ANNUO (ESCLUSE LE SPESE CONDOMINIALI) PARI AD € .....

DI ESSERE MOROSO nel pagamento del canone di affitto dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ in

relazione al contratto di locazione sopraindicato, per il quale è stata emessa l'intimazione di sfratto

per morosità con citazione per la convalida in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.(allegato obbligatorio copia

intimazione di sfratto con citazione per la convalida)

che, ad oggi, la procedura di sfratto è giunta sino a:

convalida di sfratto, atto di precetto, preavviso di soggio;

che la morosità, alla data di sottoscrizione della presente richiesta è pari ad €.....

ed è sopravvenuta a seguito di perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare

per (barrare la/le situazione/i ricorrente/i):

perdita del lavoro per licenziamento del/la Sig./Sig.ra ..... dal

(mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegato obbligatorio copia lettera di licenziamento)

riduzione dell'orario di lavoro del/la Sig./Sig.ra ..... dal

(mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegato obbligatorio comunicazione di riduzione di attività lavorativa)



## COMUNE DI CANEGRATE

PROVINCIA DI MILANO

Sede: Via Manzoni, 1 – Tel. (0331) 463811 – Telefax (0331) 401535 – Cod.fisc. e part.IVA 00835500158

[www.canegrate.mi.it](http://www.canegrate.mi.it) - [info@canegrate.mi.it](mailto:info@canegrate.mi.it)

### AREA CULTURA E POLITICHE SOCIALI

[sociali@comune.canegrate.mi.it](mailto:sociali@comune.canegrate.mi.it)

mobilità del/la Sig./Sig.ra ..... dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_  
(allegato obbligatorio documento di messa in mobilità)

cassa integrazione ordinaria o straordinaria del/la Sig./Sig.ra .....  
dal  
(mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegato obbligatorio comunicazione di sospensione dal lavoro)

mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico del/la Sig./Sig.ra  
..... dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegato obbligatorio copia  
del contratto di lavoro scaduto)

cessazione di attività libero-professionale o di impresa registrata del/la Sig./Sig.ra  
..... dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegato obbligatorio visura  
camerale)

malattia grave del/la Sig./Sig.ra ..... dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_  
per la quale sono state sostenute spese mediche pari ad € ..... (allegati obbligatori  
copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera; : copia delle fatture /  
ricevute fiscali relative alle spese mediche)

infortunio del/la Sig./Sig.ra ..... dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ per la  
quale sono state sostenute spese mediche pari ad € ..... (allegati obbligatori copia  
certificazione infortunio; copia delle fatture / ricevute fiscali relative alle spese mediche)

Decesso del/la Sig./Sig.ra ..... in data (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_

altre cause specificare.....

#### DI AVERE:

un reddito I.S.E. non superiore ad € 35.000,00 (allegato obbligatorio copia della  
certificazione in corso di validità)

un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore I.S.E.E. non superiore ad €. 26.000,00 (allegato obbligatorio copia della certificazione in corso di validità)

CHE LA SITUAZIONE PATRIMONIALE E REDDITUALE del nucleo familiare, ai fini delle verifiche necessarie per il prosieguo della presente domanda, è quella dichiarata nell'allegato modello.

#### CHIEDE

di essere ammesso all'erogazione del contributo per morosità incolpevole, previsto dal Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 30 marzo 2016 secondo le linee guida approvate da Regione Lombardia con D.G.R. del 3 ottobre 2016, nr. X/5644 finalizzato a:

**sanare la morosità incolpevole accertata dal Comune qualora il periodo residuo del contratto in essere non sia inferiore ad anni due, con contestuale rinuncia all'esecuzione dello sfratto da parte del proprietario, fino a un massimo di € 8.000,00;**



## COMUNE DI CANEGRATE

PROVINCIA DI MILANO

Sede: Via Manzoni, 1 – Tel. (0331) 463811 – Telefax (0331) 401535 – Cod.fisc. e part.IVA 00835500158

[www.canegrate.mi.it](http://www.canegrate.mi.it) - [info@canegrate.mi.it](mailto:info@canegrate.mi.it)

### AREA CULTURA E POLITICHE SOCIALI

[sociali@comune.canegrate.mi.it](mailto:sociali@comune.canegrate.mi.it)

**ristorare la proprietà dei canoni corrispondenti alle mensilità di differimento qualora il proprietario dell'immobile consenta il differimento dell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile per il tempo necessario a trovare un'adeguata soluzione abitativa all'inquilino, fino a un massimo di € 6.000,00;**

**assicurare il versamento di un deposito cauzionale per stipulare un nuovo contratto di locazione; (preferibilmente a canone concordato, canone convenzionato o agevolato o comunque inferiore al libero mercato);**

**assicurare il versamento di un numero di mensilità relative a un nuovo contratto da sottoscrivere a canone concordato fino alla capienza del contributo massimo complessivamente concedibile di € 12.000,00.);**

Data\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la mancata produzione dei documenti da allegare obbligatoriamente, ovvero la produzione di documentazione incompleta o incongruente, determinerà l'impossibilità di riconoscere i benefici previsti dal Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 30 marzo 2016.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere consapevole che l'erogazione del fondo è subordinata alla definizione delle somme a tal fine messe a disposizione da Stato e Regione, nonché dei criteri di erogazione.

Data\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_

N.B. La firma è obbligatoria ai fini della validità della domanda.

Allegare copia del documento di identità in corso di validità (DPR 445/2000 – art. 38 – comma 3).

ELENCO ALLEGATI OBBLIGATORI DA PRESENTARE A CORREDO DELLA DOMANDA IN RELAZIONE A QUANTO IN ESSA DICHIARATO, PER I QUALI POTRA' ESSERE RICHIESTA L'ESIBIZIONE DEGLI ORIGINALI.

[1] copia del permesso di soggiorno

[2] copia della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno

[3] copia della carta di soggiorno

[4] copia del certificato di invalidità con la sola indicazione della percentuale (la patologia non deve essere indicata)

[5] copia contratto di locazione con estremi di registrazione

[6] copia intimazione di sfratto per morosità, con citazione per la convalida

[7] copia lettera di licenziamento

[8] copia comunicazione di riduzione attività lavorativa

[9] copia comunicazione di sospensione dal lavoro

[10] copia del contratto di lavoro scaduto

[11] copia visura camerale

[12] copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera

[13] copia certificazione infortunio

[14] copia delle fatture/ricevute fiscali relative alle spese mediche

[15] autocertificazione relativa ai redditi e al patrimonio immobiliare

[16] copia certificazione I.S.E. oppure copia di certificazione I.S.E.E. in corso di validità e/o redditi (CUD-Mod.703 - Unico, etc.)

**Informativa ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".**

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003, si informa che il trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, forniti con la presente domanda è effettuato dal Comune di Canegrate quale titolare del trattamento, nell'ambito delle attività istituzionali in coerenza con l'art. 73 del D.Lgs. 196/2003 e con il Decreto Ministeriale 14/05/2014, n. 202. Il trattamento dei dati viene effettuato anche con l'utilizzo di procedure informatizzate ed è finalizzato all'espletamento delle



## **COMUNE DI CANEGRATE**

PROVINCIA DI MILANO

Sede: Via Manzoni, 1 – Tel. (0331) 463811 – Telefax (0331) 401535 – Cod.fisc. e part.IVA 00835500158

[www.canegrate.mi.it](http://www.canegrate.mi.it) - [info@canegrate.mi.it](mailto:info@canegrate.mi.it)

### **AREA CULTURA E POLITICHE SOCIALI**

[sociali@comune.canegrate.mi.it](mailto:sociali@comune.canegrate.mi.it)

attività, connesse e strumentali, alla gestione delle procedure amministrative volte anche a verificare le condizioni di morosità incolpevole ai fini dell'accesso ai relativi contributi.

Il trattamento dei dati raccolti attraverso il presente modulo, denominato "Domanda erogazione contributo", è improntato ai principi di liceità e correttezza, di pertinenza e non eccedenza. Il conferimento dei dati (fatta eccezione per il numero telefonico e per l'indirizzo e-mail) è obbligatorio e l'eventuale rifiuto preclude la possibilità di partecipare alla procedura per accedere al contributo previsto dall'apposito Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli.

I dati raccolti non saranno oggetto di diffusione, ma saranno comunicati alla Prefettura territorialmente competente in applicazione del Decreto Ministeriale 30/03/2016; potranno inoltre essere comunicati ad altri soggetti pubblici purché previsto da specifiche disposizioni di legge o di regolamento.

I trattamenti saranno effettuati a cura delle persone fisiche preposte alla relativa procedura, designate come incaricati del trattamento. I dati potranno essere conosciuti dalla Responsabile Servizi Sociali di Base e Promozione Sociale sig.ra Fornara Ornella, in qualità di Responsabile del trattamento, nonché dai soggetti che interverranno nelle attività procedurali opportunamente individuati e designati come Responsabili esterni del trattamento ex art. 29 del D.Lgs. 196/2003.

L'interessato può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo la richiesta al Responsabile Servizi Sociali di Base e Promozione Sociale sig.ra Fornara Ornella - Comune di Canegrate,



## COMUNE DI CANEGRATE

PROVINCIA DI MILANO

Sede: Via Manzoni, 1 – Tel. (0331) 463811 – Telefax (0331) 401535 – Cod.fisc. e part.IVA 00835500158

[www.canegrate.mi.it](http://www.canegrate.mi.it) - [info@canegrate.mi.it](mailto:info@canegrate.mi.it)

### AREA CULTURA E POLITICHE SOCIALI

[sociali@comune.canegrate.mi.it](mailto:sociali@comune.canegrate.mi.it)

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RELATIVA ALLA TITOLARITA' DI DIRITTI REALI SU BENI IMMOBILI AD USO ABITATIVO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....  
NATO A.....IL .....  
RESIDENTE IN.....INDIRIZZO.....  
TELEFONO.....email.....

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per  
false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità

#### DICHIARA

CHE NESSUN COMPONENTE del nucleo familiare indicato nella domanda, alla data di  
presentazione della stessa, è titolare di diritti di proprietà, usufrutto, uso o abitazione su alloggio  
adeguato alle esigenze nel nucleo familiare nella provincia di Milano.

CHE I SEGUENTI COMPONENTI del nucleo familiare indicato nella domanda, alla data di  
presentazione della stessa, sono titolari di diritti di proprietà o altri diritti reali di godimento su beni  
immobili ad uso abitativo in provincia di Milano:

| Progressivo<br>componente<br>nucleo (*) | Comune | Indirizzo<br>Immobile | Diritto<br>Reale (**) | % di<br>possesso | Superficie<br>mq (***) | Categoria<br>Catastale |
|-----------------------------------------|--------|-----------------------|-----------------------|------------------|------------------------|------------------------|
|                                         |        |                       |                       |                  |                        |                        |
|                                         |        |                       |                       |                  |                        |                        |
|                                         |        |                       |                       |                  |                        |                        |
|                                         |        |                       |                       |                  |                        |                        |

(\*) seguire l'ordine indicato nella domanda

(\*\*) specificare se trattasi di proprietà, usufrutto uso o abitazione.

(\*\*\*) indicare la superficie utile e allegare planimetria

Data\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

**N.B.** La firma è obbligatoria ai fini della validità della dichiarazione.

**Informativa ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati  
personali".**



## COMUNE DI CANEGRATE

PROVINCIA DI MILANO

Sede: Via Manzoni, 1 – Tel. (0331) 463811 – Telefax (0331) 401535 – Cod.fisc. e part.IVA 00835500158

[www.canegrate.mi.it](http://www.canegrate.mi.it) - [info@canegrate.mi.it](mailto:info@canegrate.mi.it)

### AREA CULTURA E POLITICHE SOCIALI

[sociali@comune.canegrate.mi.it](mailto:sociali@comune.canegrate.mi.it)

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEI REDDITI DEL NUCLEO FAMILIARE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

NATO A.....IL .....

RESIDENTE IN .....INDIRIZZO.....

TELEFONO.....email.....

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

che i seguenti componenti del nucleo familiare hanno percepito un reddito complessivo ai fini IRPEF pari a:

| Progr.<br>componente<br>nucleo come<br>indicato nella<br>domanda | REDDITO ANNO<br>.....(1)<br>€. | REDDITO ANNO<br>..... (2)<br>€. | REDDITO ANNO<br>.....(3)<br>€. |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
|                                                                  |                                |                                 |                                |
|                                                                  |                                |                                 |                                |
|                                                                  |                                |                                 |                                |
| TOTALE                                                           |                                |                                 |                                |

(1) Anno in cui si è verificato l'evento causa della morosità (licenziamento, cassa integrazione, Etc.)

(2) Anno successivo a quello in cui si è verificato l'evento causa della morosità;

(3) Secondo anno successivo a quello in cui si è verificato l'evento causa della morosità.

E che le spese mediche sostenute per grave malattia o infortunio sono risultate pari a:

| SPESE ANNO..... (1)<br>€. | SPESE ANNO ..... (2)<br>€. | SPESE ANNO ..... (3) €. |
|---------------------------|----------------------------|-------------------------|
|                           |                            |                         |

1) Anno in cui si è verificato l'evento causa della morosità (grave malattia o infortunio )

2) Anno successivo a quello in cui si è verificato l'evento causa della morosità

3) Secondo anno successivo a quello in cui si è verificato l'evento causa della morosità.

che i canoni contrattuali annui (comprese eventuali rivalutazioni ISTAT) sono stati pari a:

| CANONE ANNO..... (1)<br>€. | CANONE ANNO ..... (2) €. | CANONE ANNO .....(3)<br>€. |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
|                            |                          |                            |

1) Anno in cui si è verificato l'evento causa della morosità (licenziamento, cassa integrazione, etc.)

2) Anno successivo a quello in cui si è verificato l'evento causa della morosità

3) Secondo anno successivo a quello in cui si è verificato l'evento causa della morosità.

Data..... Firma.....

**N.B.** La firma è obbligatoria ai fini della validità della dichiarazione.

Informativa ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".