**CONTRIBUTO REGIONALE DI SOLIDARIETA’ NELL’AMBITO DEI SERVIZI ABITATIVI PUBBLICI – ANNO 2019**

Legge Regionale 8 luglio 2016, N. 16 Art. 25, comma 3

**ATTESTAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolare/sottoscrittore del contratto di locazione per l’alloggio sito in Orzinuovi Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio 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, al fine di poter ottenere l’assegnazione del contributo regionale di solidarietà.

**DICHIARA**

**Che alla data di presentazione della presente:**

1. Possiede le condizioni oggettive richieste dalla normativa (ISEE-ERP, fascia di canone, periodo di permanenza nell’alloggio, importo della morosità);
2. Si trova nell’impossibilità effettiva a sostenere il costo della locazione sociale (dato dalla somma delle spese per il canone di locazione e delle spese per i servizi comuni) a causa di un peggioramento della situazione economica del proprio nucleo familiare;
3. Il peggioramento della situazione economica è dovuto alle seguenti cause:

**(da compilare a cura del richiedente)**

* Licenziamento dal (data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Mobilità dal (data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cassa integrazione dal (data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Mancato rinnovo di contratti a termine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Accordi aziendali e sindacali con riduzione dell’orario di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cessazione di attività professionale o di impresa dal (data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Grave malattia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Infortunio o decesso di un componente del nucleo familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Incremento spese familiari per (spese mediche etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Che il valore ISEE in corso del nucleo familiare è di €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **È a conoscenza che il contributo spettante verrà incassato dal Comune di Orzinuovi a copertura delle note ancora aperte per canone e spese di locazione anni 2019 e precedenti;**

Orzinuovi, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PATTO DI SERVIZIO**

**TRA**

**L’ASSEGNATARIO**

Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Che, consapevole che il contributo regionale di solidarietà potrà essere revocato qualora, senza giustificato motivo, non rispetti i seguenti impegni, SI IMPEGNA A:**

1. Corrispondere regolarmente le mensilità correnti del canone di locazione, a far data dalla sottoscrizione del presente Patto di Servizio;
2. Mantenere aggiornata la propria posizione anagrafica ed economico-patrimoniale nell’ambito dell’anagrafe utenza;
3. Ad attivare un percorso di politica attiva del lavoro presso uno degli operatori accreditati all’albo regionale per i servizi al lavoro, nel caso in cui versi in uno stato di disoccupazione, entro 3 mesi dalla data di sottoscrizione del Patto di Servizio.

Orzinuovi, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’assegnatario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscrittore presta il proprio **consenso al trattamento dei dati personali** per le finalità e con le modalità di cui all’art. 14 del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei Dati Personali.

Firma dell’assegnatario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E**

**COMUNE DI ORZINUOVI** con sede in Via A. da Brescia 2, rappresentato dal Responsabile dell’AREA TECNICA E GESTIONE DEL TERRITORIO Ing. Gianandrea Delindati

**Firma del rappresentante COMUNE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Che si impegna al rispetto della normativa sulla privacy, di cui al Regolamento UE 2016/679 sulla Protezione dei Dati Personali.

**ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA DAL DICHIARANTE:**

* **Fotocopia carta d’identità del dichiarante** (assegnatario)
* **Attestazione ISEE in corso di validità**
* **Patto di servizio del Centro Impiego** (o altro soggetto accreditato) **art. 20 D. Lgs. N. 150/2015** solo nel caso in cui, Lei o un suo familiare convivente, versiate in uno stato di disoccupazione.