



Piazza Municipio, 4 – 20821 Meda (MB)
www.comune.medab.it

Area Servizi alla Cittadinanza

ALLEGATO B

**All’Ufficio Servizi Sociali
Comune di MEDA
P.zza Municipio 4
20821 Meda**

**SCHEMA DI DOMANDA DI ACCESSO ALLA DOMANDA DI CONTRIBUTO
INIZIATIVE A SOSTEGNO DEGLI INQUILINI SOGGETTI A PROCEDURE DI
SFRATTO PER MOROSITÀ INCOLPEVOLE TITOLARI DI CONTRATTO DI
LOCAZIONE SUL LIBERO MERCATO ANNO 2022**

DGR Lombardia n. XI/5395 del 18.10.2021

Il/La sottoscritto/a _____ CF:_____

Data di nascita _____ Comune di nascita _____ prov._____

telefono/cellulare _____

e-mail: _____.

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 decaduta 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,

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)



Piazza Municipio, 4 – 20821 Meda (MB)
www.comune.meda.mb.it

Area Servizi alla Cittadinanza

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE, così come risultante dalla dichiarazione ISE/ISEE, e composto da (includere i dati del richiedente; se il nucleo è variato rispetto all'ISE/ISEE indicare la composizione anagrafica attuale):

N.	Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	(*)	(**) Relazione
						Richiedente

(*) Indicare il numero corrispondente ad una delle sotto elencate condizioni:

- _ 1 = anziano ultra sessantacinquenne
- _ 2 = minore (alla data di compilazione della domanda)
- _ 3 = disabile con invalidità ≥ al 74% (allegato obbligatorio copia certificato di invalidità)
- _ 4 = componente del nucleo familiare in carico ai Servizi Sociali o alle competenze A.S.L. (indicare quale servizio) _____ per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale seguito da (nome e cognome e n.tel operatore di riferimento) _____

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



Piazza Municipio, 4 – 20821 Meda (MB)
www.comune.meda.mb.it

Area Servizi alla Cittadinanza

DI ESSERE CONDUTTORE TITOLARE E RESIDENTE

presso l'alloggio in Via _____
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

(LOCATORE)

TELEFONO_____ MAIL_____

(allegato obbligatorio : copia contra o di locazione con estremi di registrazione ed eventuale subentro):

STIPULATO IN DATA (data stipula originaria) ____/____/_____
E REGISTRATO IN DATA
____/____/_____

AD UN CANONE ANNUO (escluse le spese condominiali) PARI AD € _____

E SPESE CONDOMINIALI PARI A € _____ ANNUI.

DICHIARA INOLTRE DI

ESSERE SOTTO SFRATTO IN QUANTO MOROSO nel pagamento nel canone di affitto dal
(mese/anno – riportare la medesima data indicata nell'anno o di intimazione) ____/_____
in relazione al contra o di locazione sopraindicato, per il quale è stata emessa l'intimazione di
sfratto in data ____/____/_____
(allegato obbligatorio copia intimazione di sfratto)

CHE, AD OGGI, LA PROCEDURA DI SFRATTO e alla seguente fase:

1. intimazione di sfratto;
2. convalida di sfratto;
3. atto di precezto;
4. preavviso di sloggio;

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):

- perdita del lavoro per licenziamento del/la Sig./Sig.ra _____
dal _____ (allegato obbligatorio copia lettera di licenziamento)
- riduzione dell'orario di lavoro del/la Sig./Sig.ra _____ dal
_____ (allegato obbligatorio comunicazione di riduzione di attività
lavorativa)



Città di Meda

Piazza Municipio, 4 – 20821 Meda (MB)
www.comune.meda.mb.it

Area Servizi alla Cittadinanza

- cassa integrazione ordinaria o straordinaria del/la Sig./Sig.ra _____ (allegato obbligatorio comunicazione di sospensione dal lavoro)
- mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico del/la Sig./Sig.ra _____ (allegato obbligatorio copia del contra _____ o di lavoro scaduto)
- cessazione di attività libero-professionale o di impresa registrata del/la Sig./Sig.ra _____ dal _____ (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. Nel caso di spese interamente a carico del Servizio Sanitario, dovrà essere dimostrata la caduta di reddito dovuta alla malattia)
- 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 fatture / ricevute fiscali relative alle spese mediche)
- decesso del/la Sig./Sig.ra _____ in data (mese/anno) _____/_____
- Separazione o divorzio già avvenuto in data (mese/anno) _____/_____ presso il Tribunale o dinanzi all’Ufficiale di Stato Civile, sentenza/omologa di separazione o divorzio n. _____ del (giorno/mese/anno) ____/____/_____, Tribunale di _____, data di deposito (giorno/mese/anno) _____/____/_____. Luogo _____ e data (giorno/mese/anno) di celebrazione del matrimonio _____
- Separazione o divorzio in corso di giudizio alla data del (mese/anno) _____/_____, presso il Tribunale o dinanzi all’Ufficiale di Stato Civile, (allegati obbligatori copia del ricorso per separazione o per divorzio con 5mbro di deposito presso il Tribunale competente)
- Accrescimento naturale del nucleo familiare per la nascita di _____ in data _____
- Ingresso nel nucleo familiare del Sig./Sig.ra _____ in data (mese/anno) _____/_____(nei casi di ricongiungimento familiare, per l’ampliamento del nucleo familiare si fa riferimento alla data di registrazione anagrafica presso l’alloggio oggetto della procedura di sfratto)
- Decrescimento del nucleo familiare per allontanamento del Sig./Sig.ra _____ in data (mese/ anno) _____/_____(Nel caso in cui il soggetto che ha abbandonato il nucleo non abbia richiesto nuova residenza il richiedente dichiara di aver provveduto in data (mese/anno) _____/____a richiedere all’Ufficio Anagrafe la cancellazione anagrafica per irreperibilità dello stesso)
- Cessazione in data (mese/anno) _____/____ dell’erogazione di contributo pubblico a favore del Sig./Sig.ra _____ (allegati obbligatori copia comunicazione dell’ente di cessata erogazione del contributo)
- Altro _____



Piazza Municipio, 4 – 20821 Meda (MB)
www.comune.meda.mb.it

Area Servizi alla Cittadinanza

NB: La riduzione del reddito si considera consistente quando il rapporto tra canone e reddito raggiunge un'incidenza superiore al 30%. La verifica si riterrà conclusa positivamente qualora l'incidenza risulti superiore al 30% in almeno uno degli ultimi cinque anni.

In presenza di ridotta capacità reddituale, se non vi è riduzione delle entrate economiche, l'esito sarà positivo se l'incidenza risulterà superiore al 20%. Si intende ad esempio il caso di accrescimento del nucleo familiare per nascita di un figlio.

Per risultare valida ai fini dell'accertamento della condizione di morosità incolpevole la causa della stessa deve essersi verificata:

- prima dell'inizio della morosità
- successivamente alla stipula del contratto di locazione per il quale è stata attivata la procedura di sfratto
- in un periodo non superiore a cinque anni precedenti alla presentazione della richiesta di contributo

DI AVERE:

- un reddito I.S.E. non superiore ad € 35.000,00 (allegato obbligatorio [17]: 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)

di essere ammesso all'erogazione del contributo per morosità incolpevole secondo le linee guida approvate da Regione Lombardia con D.G.R. 5395/2021

Data _____ Firma _____



Città di Meda

Piazza Municipio, 4 – 20821 Meda (MB)
www.comune.medab.it

Area Servizi alla Cittadinanza

**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.**

- copia del permesso di soggiorno
- copia della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno
- copia della carta di soggiorno
- copia del certificato di invalidità con la sola indicazione della percentuale (la patologia non deve essere indicata)
- copia contratto di locazione con estremi di registrazione
- copia intimazione di sfratto
- copia lettera di licenziamento
- copia comunicazione di riduzione attività lavorativa
- copia comunicazione di sospensione dal lavoro
- copia del contratto di lavoro scaduto
- copia visura camerale
- copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera
- copia certificazione infortunio
- copia delle fatture/ricevute fiscali relative alle spese mediche
- copia del ricorso per divorzio o separazione
- copia comunicazione di cessata erogazione del contributo
- copia certificazione I.S.E. oppure copia di certificazione I.S.E.E. in corso di validità
- MOD. 1 - autocertificazione relativa ai redditi e al patrimonio immobiliare
- carta d'identità



Città di Meda

Piazza Municipio, 4 – 20821 Meda (MB)
www.comune.meda.mb.it

Area Servizi alla Cittadinanza

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR)

I dati forniti nell'ambito della presente procedura saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali, con finalità di gestione amministrativa ed ottemperanza degli obblighi di legge relativi al procedimento a cui il presente Avviso Pubblico fa riferimento, ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. b) e c) del Regolamento UE 679/2016. I dati personali trattati sono dati anagrafici, di contatto e tutte le informazioni richieste dall'Avviso Pubblico. I dati saranno comunicati al personale coinvolto nel procedimento per gli adempimenti di competenza. Gli stessi saranno trattati anche successivamente per le finalità correlate alla gestione del rapporto medesimo. Potranno essere trattati da soggetti pubblici e privati per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente potrà avvalersi in qualità di responsabile del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo. Il presente trattamento non contempla alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016. Il conferimento di tali dati è obbligatorio, pena l'impossibilità di procedere all'assegnazione del contributo previsto. I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati. L'interessato potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria. Il Titolare del trattamento dei dati è l'Amministrazione che ha avviato il procedimento, a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere i propri diritti. Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: dpo@comune.meda.mb.it. L'interessato ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Luogo/data _____

La/Il dichiarante _____