

Contributo Regionale di Solidarietà nell'ambito dei Servizi Abitativi Pubblici
 Legge Regionale n. 16 dell'8 Luglio 2016, art. 25, comma 3
ATTESTAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

(codici: occ. _____ /contr. _____ / UI _____)

codice fiscale _____

tipologia canone: _____ - proprietà _____

titolare/sottoscrit. contr. di locaz. di alloggio in: _____

recapito telefonico _____

indirizzo mail _____

se componente del nucleo familiare indicare nome e cognome:

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 inoltro della presente attestazione:

- 1) possiede le condizioni oggettive richieste dalla normativa (ISEE, 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 _____

Firma del dichiarante (assegnatario o componente del nucleo familiare)

Firma: _____

Lugo: _____ **Data:** _____

PATTO DI SERVIZIO

TRA

L'ASSEGNATARIO O COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE

Sig./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:

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

Firma dell'assegnatario o componente del nucleo familiare

Firma: _____

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 o componente del nucleo familiare

Firma: _____

E

COMUNE DI ROBECCO D'OGGIO, rappresentato dal Responsabile del Servizio Sociale dell'Ente dr.ssa Zucchelli Ida

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 firmata del dichiarante (assegnatario o componente nucleo familiare)
- patto di servizio del Centro Impiego (o altro soggetto accreditato) art. 20 D. Lgs. N. 150/2015 solo nel caso in cui versi in uno stato di disoccupazione.