

Allegato B

Al Comune di Pordenone
Settore III Servizi alla persona e alla comunità
Palazzo Crimini - Piazzetta Calderari, 2
33170 PORDENONE

OGGETTO: Domanda accesso al contributo per “morosi incolpevoli” soggetti a provvedimento di sfratto con citazione di convalida

l sottoscritt_ _____, nat_ il _____
 a _____ (Prov. di _____ - Stato di nascita _____),
 codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 residente a Pordenone in Via _____,
 _____, n. c. _____, tel. _____
 - e-mail _____

CHIEDE

di poter beneficiare del contributo a favore di inquilini “morosi incolpevoli” ” (titolari di contratto d'affitto ad uso abitativo regolarmente registrato – esclusi gli immobili appartenenti alle categorie catastali A1, A8 e A9 e gli immobili assegnati in edilizia sovvenzionata - e soggetti a provvedimenti di sfratto per sopravvenuta impossibilità a provvedere al pagamento del canone locativo a ragione della perdita o consistente riduzione (almeno il 25%) della capacità reddituale del nucleo familiare di appartenenza),

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e s.m.i., consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti falsi ed in caso di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione decadrà, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., dai benefici per i quali la stessa è rilasciata,

DICHIARA

- **di essere** (*barrare la voce d'interesse*)

- ☐ cittadino italiano
- ☐ cittadino dell'unione europea (indicare nazionalità _____)
- ☐ cittadino non appartenente all'unione europea (indicare nazionalità _____),
in possesso di regolare permesso di soggiorno in corso di validità, con scadenza il __/__/____
- ☐ cittadino non appartenente all'unione europea (indicare nazionalità _____),
in possesso di richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno presentata in data __/__/____
- ☐ cittadino non appartenente all'unione europea (indicare nazionalità _____),
in possesso di permesso di soggiorno per lungosoggiornanti CE rilasciato in data __/__/____

- di avere un ISE in corso di validità pari ad € _____ ed un ISEE in corso di validità pari ad € _____ (per accedere al beneficio bisogna possedere un ISE non superiore a € 35.000,00 o un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore ISEE non superiore a € 26.000,00) - **INDICARE DATA RILASCIO ISE** ____/____/2025

- che nessun componente del nucleo familiare è titolare di un diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione nella provincia di Pordenone di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del proprio nucleo familiare

- [illegible]

CAUSA EVENTO	Nome e cognome componente il nucleo	Data evento	Nome e cognome componente il nucleo	Data evento
perdita del lavoro per licenziamento				
riduzione dell'orario di lavoro nella misura percentuale non inferiore al 25% dell'orario svolto, a seguito di accordi aziendali o sindacali, dei seguenti componenti il nucleo familiare				
cassa integrazione ordinaria o straordinaria dei seguenti componenti il nucleo familiare <i>(sarà tenuto in considerazione un valore tale da limitare la capacità reddituale del nucleo familiare)</i>				
mancato rinnovo di contratto a termine o atipico				
cessazione di attività libero professionale o di impresa registrata derivante da cause di forza maggiore o da perdita di avviamento				
malattia grave di un componente il nucleo che abbia comportato la riduzione del reddito complessivo del nucleo				
infortunio di un componente il nucleo che abbia comportato la riduzione del reddito complessivo del nucleo				
decesso di un componente il nucleo che abbia comportato la riduzione del reddito complessivo del nucleo				
malattia grave di un componente il nucleo che abbia comportato la necessità dell'impiego di una quota di spese mediche ed assistenziali				
infortunio di un componente il nucleo che abbia comportato la necessità dell'impiego di una quota di spese mediche ed assistenziali				

- che i componenti del nucleo che hanno prodotto reddito sono di seguito specificati, con indicazione a fianco di ciascuno del valore del reddito suddiviso per annualità fiscale

n. progressivo	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	GRADO DI PARENTELA	IMPORTO DEL REDDITO PER ANNUALITA' FISCALE		
				ANNO PRECEDENTE AL VERIFICARSI DELL'EVENTO	ANNO DEL VERIFICARSI DELL'EVENTO	PRIMO ANNO SUCCESSIVO AL VERIFICARSI DELL'EVENTO

- che il contributo eventualmente erogato dal Comune di Pordenone verrà utilizzato per *(barrare la voce di interesse)*

- ☐ 1. il ristoro, anche parziale, del proprietario dell'alloggio che si è reso disponibile a consentire la rinuncia (qualora il periodo residuo del contratto in essere non sia inferiore a due anni) o il differimento nell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile.
- ☐ 2. procedere al versamento di un deposito cauzionale per stipulare un nuovo contratto di locazione oppure al versamento di un numero di mensilità relative a un nuovo contratto di locazione a canone concordato fino alla capienza del contributo massimo concedibile.

A tal fine allega il documento debitamente sottoscritto dal proprietario dell'alloggio (indicare il documento che si allega – Mod. n. 1 – oppure Mod. n. 2) Mod. n.

Consapevole che la priorità per la concessione degli interventi è prevista nei casi sotto riportati,

DICHIARA ALTRESÌ

- che il proprio nucleo familiare, come anagraficamente costituito, ha al proprio interno alla data di presentazione della presente domanda uno o più componenti che presentano una o più d'una delle seguenti condizioni *(barrare la voce che interessa)*
 - ☐ anziano ultrasettantenne
 - ☐ minore
 - ☐ disabile con invalidità accertata uguale o maggiore al 74% (in questo caso **allegare obbligatoriamente** copia del certificato di invalidità)
 - ☐ componente del nucleo familiare in carico ai servizi sociali o alle competenti aziende sanitarie locali per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale *(indicare a quale servizio è in carico: _____)*

Pordenone, L'ADDETTO : firma