

	Amministrazione destinataria Comune di Bergamo	
	Ufficio destinatario Abito Bergamo - Agenzia per la casa del Comune di Bergamo	

## Domanda di accesso al bando per chiedere un contributo per nuclei familiari con alloggio all'asta

**Misura 3 - DGR n. XI / 2065 2019**

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

### CHIEDE

l'erogazione di un contributo, da liquidare quale sostegno per un nuovo contratto di affitto come previsto dal bando in conseguenza della messa all'asta dell'alloggio, a seguito del pignoramento per mancato pagamento del mutuo e/o delle spese condominiali causate da perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare, per una delle seguenti cause:

<input type="radio"/>	perdita del lavoro per licenziamento del Sig. o Sig.ra <i>allegare copia lettera di licenziamento</i>		
	Cognome	Nome	dal
<input type="radio"/>	riduzione dell'orario di lavoro del Sig. o Sig.ra : <i>allegare comunicazione di riduzione di attività lavorativa</i>		
	Cognome	Nome	dal
<input type="radio"/>	cassa integrazione ordinaria o straordinaria del Sig. o Sig.ra <i>allegare copia di comunicazione di sospensione del lavoro</i>		
	Cognome	Nome	dal
<input type="radio"/>	mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico del Sig. o Sig.ra <i>allegare copia del contratto di lavoro scaduto/i</i>		
	Cognome	Nome	dal
<input type="radio"/>	cessazione attività di libero-professionale o di imprese registrate, del Sig. o Sig.ra <i>allegare visura camerale</i>		
	Cognome	Nome	dal
<input type="radio"/>	malattia grave del Sig. o Sig.ra per la quale sono state sostenute spese medica pari ad euro <i>allegare copia del certificato medico o della struttura santaria o ospedaliera, copia delle fatture/ricevute fiscali relative alle spese mediche</i>		
	Cognome	Nome	dal
<input type="radio"/>	infortunio grave del Sig. o Sig.ra per il quale sono state sostenute spese medica pari ad euro <i>allegare copia del certificato infortunio; copia delle fatture/ricevute fiscali relative alle spese mediche</i>		
	Cognome	Nome	dal

<input type="radio"/>	decesso del Sig. o Sig.ra <i>allegare copia del certificato di morte se il defunto non era residente in Bergamo</i>		
	Cognome	Nome	dal
<input type="radio"/>	separazione o divorzio già avvenuto, presso il Tribunale o dinanzi all'Ufficiale di Stato Civile in data: <i>allegare copia della sentenza di separazione o divorzio riportante il timbro di avvenuto deposito del tribunale competente</i>		
<input type="radio"/>	separazione o divorzio in corso di giudizio, presso il Tribunale o dinanzi all'Ufficiale di Stato Civile in data: <i>allegare copia del ricorso di separazione o divorzio riportante il timbro di avvenuto deposito del tribunale competente</i>		
<input type="radio"/>	accrescimento naturale del nucleo familiare per la nascita di:		
	Cognome	Nome	dal
<input type="radio"/>	accrescimento del nucleo familiare per l'ingresso del Sig. o Sig.ra, privi di reddito ma legati da vincolo parentale con un componente del nucleo familiare originario <i>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</i>		
	Cognome	Nome	dal
<input type="radio"/>	decrescimento del nucleo familiare per		
	<input type="radio"/> cambio di residenza		
	<input type="radio"/> allontanamento senza fissare altra residenza		
	Cognome	Nome	dal
	<input type="checkbox"/>	dichiara di aver provveduto a richiedere all'ufficio anagrafe la cancellazione anagrafica per irreperibilità dello stesso in data	
<input type="radio"/>	cessazione di erogazione di contributi pubblici a favore del Sig. o Sig.ra <i>allegare copia della comunicazione dell'ente di cessata erogazione del contributo</i>		
	Cognome	Nome	dal
<input type="radio"/>	altro (specificare)		

e a tal fine

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

#### DICHIARA

- di avere l'alloggio all'asta
- di non essere in possesso di altro alloggio adeguato in Regione Lombardia
- di essere in possesso dell'attestazione ISEE riferita al proprio nucleo familiare, in corso di validità con un valore ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) non superiore a 26.000,00 €

Bergamo		
Luogo	Data	Il dichiarante

**Eventuali annotazioni**

--

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input checked="" type="checkbox"/>	copia della dichiarazione ISEE
<input checked="" type="checkbox"/>	copia documentazione attestante che l'alloggio di proprietà è stato posto all'asta a seguito di pignoramento per mancato pagamento delle rate di mutuo e/o delle spese condominiali
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del documento di identità e del codice fiscale dei membri del nucleo familiare <i>se stranieri copia del titolo di soggiorno</i>
<input type="checkbox"/>	copia lettera di licenziamento <i>(da allegare se selezionata la relativa voce)</i>
<input type="checkbox"/>	copia della documentazione attestante la riduzione dell'orario di lavoro <i>(da allegare se selezionata la relativa voce)</i>
<input type="checkbox"/>	copia della documentazione attestante la sospensione dal lavoro <i>(da allegare se selezionata la relativa voce)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del contratto di lavoro non rinnovato <i>(da allegare se selezionata la relativa voce)</i>
<input type="checkbox"/>	visura camerale <i>(da allegare se selezionata la relativa voce)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del certificato medico o della struttura sanitaria od 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: es. certificato di invalidità, incapacità di svolgere le proprie mansioni ecc.) <i>(da allegare se selezionata la relativa voce)</i>
<input type="checkbox"/>	copia certificazione infortunio; copia delle fatture / ricevute fiscali relative alle spese mediche <i>(da allegare se selezionata la relativa voce)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del certificato di morte <i>(da allegare se selezionata la relativa voce e se il defunto non era residente nel comune di Bergamo)</i>
<input type="checkbox"/>	copia della sentenza di separazione o divorzio con timbro di deposito presso il Tribunale <i>(da allegare se selezionata la relativa voce)</i>
<input type="checkbox"/>	copia del ricorso di separazione o divorzio con timbro di deposito presso il Tribunale <i>(da allegare se selezionata la relativa voce)</i>
<input type="checkbox"/>	copia comunicazione dell'ente di cessata erogazione del contributo <i>(da allegare se selezionata la relativa voce)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--