Allegato 2)

***Comune di Castelbottaccio***

***Provincia di Campobasso***

**c.a.p. 86030 - CASTELBOTTACCIO (CB) - Via V.Emanuele, III, n. 11 - C.F. 81001310705 - Tel. (0874) 746382 - - PEC:** [**comune.castelbottacciocb@legalmail.it**](mailto:comune.castelbottacciocb@legalmail.it) **– e mail castelbot@iscali.it**

**MODELLO DI DOMANDA PER ACCEDERE AL FONDO DI SOLIDARIETA’ REGIONALE**

**CONTRIBUTO PER IL PAGAMENTO DELLE BOLLETTE E DEL CANONE DI LOCAZIONE**

\_l\_ sottoscritt\_............................................................................................................................................

nat\_ a................................................................................... il ...................................................................

residente a............................................................Via.................................................................................

Tel…………………………………… Cod. Fiscale……………………………………………………

**CHEDE**

* di accedere al fondo di solidarietà regionale finalizzato a garantire il contributo per il pagamento delle bollette e del canone di locazione.

Allega dichiarazione sostitutiva redatta secondo il modello allegato A)

Castelbottaccio,

***Allegato A***

***COMUNE DI CASTELBOTTACCIO***

***Provincia di Campobasso***

**c.a.p. 86030 - CASTELBOTTACCIO (CB) - Via V.Emanuele III, 11 - C.F. 81001310705 - Tel. (0874) 746382 - PEC:** [**comune.castelbottacciocb@legalmail.it**](mailto:comune.castelbottacciocb@legalmail.it) **– e mail castelbot@tiscali.it**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

**PER ACCEDERE AL FONDO DI ESOLIDARIETA’ REGIONALE**

**CONTRIBUTO PER IL PAGAMENTO DELLE BOLLETTE E DEL CANONE DI LOCAZIONE**

\_l\_ sottoscritt\_............................................................................................................................................

nat\_ a................................................................................... il ...................................................................

residente a............................................................Via.................................................................................

Tel…………………………………… Cod. Fiscale……………………………………………………

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall’art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

**D I C H I A R A**

di essere residente nel Comune di Castelbottaccio;

che il nucleo familiare, compreso il sottoscritto, è composto da n. \_\_\_\_\_\_ componenti come di seguito indicato *(come si evince dal modello ISEE)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Data di nascita | Grado di parentela |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

di avere la residenza anagrafica nell’immobile con riferimento al quale si richiede il contributo;

di essere titolare di un regolare contratto di locazione a uso abitativo, regolarmente registrato, riferito all’abitazione di residenza;

che il valore ISEE, in corso di validità, risulta essere pari a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e comunque non superiore a Euro 15.000,00;

di aver subito una diminuzione del reddito del nucleo familiare, per cause riconducibili all’emergenza epidemiologica da Covid-19, (*barrare una delle seguenti voci)*:

chiusura/sospensione dell’attività/esercizio commerciale, a seguito dei provvedimenti del governo indicare codice ATECO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*oppure:*

licenziamento determinato da sospensione/chiusura attività indicare attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*oppure:*

sospensione e/o riduzione del lavoro determinato da sospensione/chiusura attività indicare attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*oppure:*

cassa integrazione determinato da sospensione/chiusura attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di avere un nucleo familiare monoreddito;

che il nucleo familiare gode delle seguenti misure pubbliche a sostegno del reddito e/o di altri aiuti negli ultimi 6 mesi:

cassa integrazione;

indennità di disoccupazione;

indennità di mobilità;

reddito di cittadinanza o REI;

NASPI;

assegno di accompagnamento;

aiuti statali, regionali e comunali indicare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

pensione di reversibilità indicare l’importo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

altro indicare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere titolare di contratto di locazione ad uso abitativo di residenza, stipulato prima della data di pubblicazione dell’Avviso ai sensi dell’ordinamento vigente, per alloggio sito nel Comune di Castelbottaccio, ubicato in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_

di aver corrisposto per il canone di locazione nei mesi di febbraio, marzo e aprile, euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di aver corrisposto per le utenze nei mesi di febbraio, marzo e aprile, euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Di indicare quale codice IBAN il seguente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega la seguente documentazione:

copia del documento di riconoscimento in corso di validità;

copia integrale del contratto di locazione in corso di validità;

copia delle ricevute del pagamento del canone di locazione;

copia delle ricevute del pagamento delle bollette.

attestazione ISEE in corso di validità.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti della legge 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

CASTELBOTTACCIO,

IL DICHIARANTE