*Al Comune di **PIAN CAMUNO** (BS), 25050*

OGGETTO: BANDO PER L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO REGIONALE DI SOLIDARIETÀ 2025 DI CUI ALLA DGR 01 OTTOBRE 2018 N. XI/601

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a PIAN CAMUNO (BS) in _____

Codice Fiscale _____

telefono _____ Fax _____

e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso al contributo regionale di solidarietà, a valere sui fondi 2025, di cui all'avviso pubblico del _____.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del DPR numero 445/2000, consapevole della decadenza del beneficio e delle responsabilità penali previste dagli articoli 75 e 76 del DPR n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti,

DICHIARA

Che, alla data indicata sull'avviso, si trovava nelle seguenti situazioni:

- essere assegnatari di alloggi S.A.P. di proprietà del Comune di Pian Camuno da almeno 24 mesi;
- appartenere alle aree della protezione, dell'accesso e della permanenza, ai sensi dell'articolo 31, della legge regionale 27/2009;
- essere in possesso di un ISEE del nucleo familiare, in corso di validità inferiore o uguale a € 9.360,00;
- non avere provvedimenti di decadenza per il verificarsi di una delle condizioni di cui ai punti 3) e 4) della lettera a) del comma 1 dell'articolo 25 del regolamento regionale numero 4/2017 o di una delle violazioni di cui alle lettere da b) a j) del comma 1 e del comma 4 del medesimo articolo 25;
- di trovarsi in una situazione di peggioramento della situazione del proprio nucleo familiare, e pertanto nell'impossibilità effettiva a sostenere il costo della locazione sociale, per una delle seguenti cause (**SELEZIONARE**):

☐ licenziamento dal (data) _____

☐ mobilità dal (data) _____

☐ cassa integrazione dal (data) _____

☐ mancato rinnovo contratto a termine dal (data) _____

☐ accordi aziendali e sindacali con riduzione orario di lavoro dal (data) _____

☐ cessazione attività professionale o di impresa dal (data) _____

☐ grave malattia _____

☐ infortunio o decesso di un componente del nucleo famigliare che svolgeva attività lavorativa o percepiva pensione, con conseguente riduzione entrate famigliari incremento improvviso spese famigliari (per esempio visite mediche, etc.) _____

☐ Altro (specificare di seguito): _____

SI IMPEGNA

1. a partecipare ai programmi definiti con i servizi comunali;
2. a collaborare con l'Ente proprietario per eventuali e specifici interventi di volontariato per perseguire il miglioramento del contesto abitativo, sociale e relazionale degli stabili SAP.

Pian Camuno, lì _____

FIRMA

_____

Il sottoscritto dichiara altresì di aver preso visione dell'informativa privacy e di dare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità di cui al Reg. UE 679/2016.

FIRMA

_____

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

- ☐ fotocopia carta d'identità firmata (obbligatoria);
- ☐ eventuale documentazione comprovante la transitorietà della difficoltà economica (esempio: lettera di licenziamento, accordi aziendali e sindacali, cassa integrazione, mobilità, malattia grave, riduzione orario lavorativo ecc.)
- ☐ certificazione ISEE determinato ai sensi del D.P.C.M. 05/12/2013 n. 159;