

Al Comune di _____
All'Ufficio di Piano del Comune di Frosinone
Capofila Distretto Sociale B

Interventi per il sostegno abitativo ai sensi della DGR n. 470/2013 e della Det. Dir. n. G05811/2013

MODELLO DI ISTANZA PER "INTERVENTI FINALIZZATI AL SOSTEGNO ABITATIVO"

DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

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

CHIEDE

- la concessione del seguente contributo economico destinato agli interventi per il sostegno abitativo dei cittadini residenti nei Comuni del Distretto Sociale "B", di cui alla DGR n. 470/2013 e Det. Dir. n. G05811/2013 (barrare l'opzione richiesta):

- a) **Contributo al pagamento dei canoni di locazione**
- b) **Contributo alle spese iniziali di nuova locazione a seguito di provvedimento di sfratto, ordinanza di sgombero o di rilascio dell'immobile per motivi di pubblica utilità**

- di erogare il contributo con le seguenti modalità: (barrare la casella che interessa)
per gli interventi di cui alla **lettera a)**:

- in favore del beneficiario
 in favore del proprietario dell'immobile

N.B. Gli allegati di cui alle lettere A- D ed F sono obbligatori per entrambi gli interventi, pena l'esclusione della domanda. Per gli interventi di cui alla lettera a) è obbligatorio, pena l'esclusione, allegare anche i documenti di cui alle lettere B ed E.

Per gli interventi di cui alla lettera b) è obbligatorio, pena l'esclusione, allegare anche il documento di cui alla lettera C.

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____
Via / Piazza _____ n. _____
Comune _____ CAP _____
Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Luogo e data _____

* Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui al "Programma di interventi finalizzati al sostegno abitativo" della Regione Lazio, ai sensi della DGR n.470/2013 e della Det. Dir. n. G05811/2013

Luogo e data _____

* Firma del richiedente

N.B. La domanda deve essere sottoscritta dal richiedente nei punti contrassegnati dall'asterisco e cioè in calce alla domanda e nella parte relativa all'informativa privacy.

Allegato n. 1 al Modello di istanza per "interventi finalizzati al sostegno abitativo"

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

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

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto Decreto Legislativo

DICHIARA

che il proprio stato di famiglia è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data _____

Firma
