

## DOMANDA DI ACCESSO ALLE AZIONI DI SUPPORTO ALL'ABITARE 2025

D.G.R. 5292/2025 per il Comune di Lodi e per i Comuni dell'Ambito del Piano di Zona

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<b>Indirizzo di residenza</b>			<b>Civico.</b>
<b>CAP</b>		<b>Comune</b>	
<b>Telefono</b>		<b>Cellulare</b>	
<b>E-mail</b>			
<b>codice fiscale</b>	□□□□□□□□□□□□□□□□		

<b>Sesso</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Comune di Nascita</b>		<b>Prov.</b>	
<b>Nazione di Nascita</b>			<b>Data di Nascita</b>	/	/
<b>Cittadinanza (Nome Stato)</b>					

### DOCUMENTO DI IDENTITÀ'

<b>n° documento</b>		<b>Rilasciato da</b>		<b>in data</b>	
---------------------	--	----------------------	--	----------------	--

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Chiede di essere ammesso/a alle misure di supporto all'abitare

### DICHIARA:

- avere un ISEE max fino a € 15.000,00;

### SITUAZIONE ABITATIVA

- NON essere sottoposto a procedura di rilascio dell'abitazione;
- NON essere proprietario di alloggio che soddisfi le esigenze del nucleo familiare in Regione Lombardia;
- essere residente in un alloggio in locazione dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (anni: \_\_\_\_\_, mesi: \_\_\_\_\_) con regolare contratto di affitto;
- di pagare un affitto mensile di € \_\_\_\_\_ spese condominiali € \_\_\_\_\_
- essere moroso nel pagamento dell'affitto dal mese di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_
- con un numero di mesi di morosità pari a: \_\_\_\_\_ per un importo di € \_\_\_\_\_

### SITUAZIONE ECONOMICA

- perdita del posto di lavoro;
- consistente riduzione dell'orario di lavoro/mobilità/cassa integrazione;
- mancato rinnovo dei contratti a termine;
- cessazione di attività libero-professionali;
- malattia grave, infortunio, decesso di un componente del nucleo familiare;
- pensionato residente in un alloggio in locazione economicamente impegnativo;
- altra situazione di precarietà; specificare: \_\_\_\_\_.

### **ULTERIORI INFORMAZIONI**

- Di avere un ISEE pari a: € \_\_\_\_\_ n° protocollo: \_\_\_\_\_
- il nucleo familiare è composto da n° \_\_\_\_ persone:
- di cui minori n° \_\_\_\_; anziani n° \_\_\_\_; disabili n° \_\_\_\_;
- di essere pensionato con un importo netto mensile di € \_\_\_\_\_;
- di percepire l'Assegno di Inclusione (ADI) dell'importo mensile di € \_\_\_\_\_;
- di essere percettore di altre forme di sostegno al reddito da altro Ente (es. INPS ecc.) di € \_\_\_\_\_
- età al di sotto dei 36 anni di tutti i componenti del nucleo familiare anagrafico;
- di essere stato beneficiario in passato di interventi economici per il mantenimento dell'alloggio per importi pari a € \_\_\_\_\_

### **DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

- Documento di identità e codice fiscale
- Contratto d'affitto
- Documentazione relativa alla pensione da lavoro
- Documentazione relativa alla situazione abitativa
- Documenti relativi al pignoramento dell'abitazione
- Documentazione relativa alla riduzione del reddito (Esempio: lettera di licenziamento, comunicazione di riduzione attività lavorativa, documenti NASPI, comunicazione di sospensione dal lavoro, contratto di lavoro scaduto, comunicazione di Cassa Integrazione, Atto di cessazione di attività libero professionale)
- Attestazione ISEE in corso di validità
- Eventuale documentazione medica attestante la situazione dichiarata.

*Luogo e data*

*Firma del dichiarante*

---

*Con la firma in calce, io sottoscritto presto il consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16) contenuti nel presente modulo ai sensi e per gli effetti del predetto Regolamento. Autorizza altresì i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. anagrafe, servizi sociali ecc.) e nazionali (es. INPS, Guardia di Finanza ecc.) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.*