



godimento o in alloggi definiti Servizi Abitativi Sociali ai sensi della L.R. 16/2016 art. 1 co. 6, con decorrenza dalla data \_\_\_\_\_ e con scadenza alla data \_\_\_\_\_, regolarmente registrato ai sensi di legge e con canone di locazione annuale pari ad euro \_\_\_\_\_

che il contratto di locazione è relativo ad unità immobiliare ad uso residenziale, sita in uno dei Comuni dell'Ambito di Merate e occupata, alla data di presentazione della domanda, a titolo di residenza principale da parte del dichiarante, del suo nucleo familiare anagrafico e dei soggetti a loro carico ai fini IRPEF;

che nessun componente del nucleo familiare indicato ha già presentato domanda di contributo per il presente avviso;

di non aver beneficiato nell'anno 2020 di contributi per il mantenimento dell'alloggio (DGR n. 2065/2019).

di essere a conoscenza del fatto che il presente contributo è erogabile una sola volta;

che il nucleo familiare di appartenenza è così composto:

Cognome	Nome	Data di nascita	Parentela

Ai fini dell'elaborazione della graduatoria:

### DICHIARA INOLTRE

di trovarsi in una delle seguenti condizioni (barrare una o più caselle specificando la data di decorrenza):

- Nucleo familiare privo di reddito e non assegnatario di alcun sostegno pubblico (Reddito di Cittadinanza, Reddito di Inclusione, Naspi, indennità di mobilità, Cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale);
- Nucleo familiare in cui **l'unico percettore di reddito** ( cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ ) ha subito **perdita del posto di lavoro o mancato rinnovo del contratto di lavoro a tempo determinato** a causa dell'emergenza COVID-19 a decorrere dal \_\_\_\_\_;
- Nucleo familiare in cui **almeno un percettore di reddito** ha subito **perdita del posto di lavoro o mancato rinnovo del contratto di lavoro a tempo determinato** a causa dell'emergenza COVID-19  
Specificare:

1. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

2. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

(\*) Il conferimento dei dati personali contrassegnati è obbligatorio e il rifiuto di fornire gli stessi determinerà l'impossibilità di dar corso alla richiesta.

3. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

Nucleo familiare in cui l'**unico percettore di reddito** ( cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ )  
ha **subito consistente riduzione dell'orario di lavoro** a causa dell'emergenza COVID-19 a  
decorrere dal \_\_\_\_\_;

Nucleo familiare in cui **almeno un percettore di reddito** ha subito consistente **riduzione dell'orario di lavoro** a causa dell'emergenza COVID-19

Specificare:

1. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

2. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

3. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

Nucleo familiare in cui l'**unico percettore di reddito** ( cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ )  
ha **sospeso l'attività libero-professionale o di lavoro autonomo** a causa dell'emergenza COVID-19;

Nucleo familiare in cui **almeno un percettore di reddito** ha **sospeso l'attività libero-professionale o di lavoro autonomo** a causa dell'emergenza COVID-19.

Specificare:

1. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

2. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

3. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

Nucleo familiare in cui almeno un componente ha subito malattia o in cui è avvenuto il decesso di un  
componente a causa del COVID-19.

### A TAL FINE ALLEGA

- a. Copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente;
- b. Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità.
- c. Copia del contratto di locazione regolarmente registrato;
- d. Modulo proprietario debitamente compilato (Allegato 1).
- e. Documentazione attestante il verificarsi di una condizione di difficoltà economica conseguente alla situazione di emergenza sanitaria determinata dal COVID 19 nell'anno 2020 (art. 6 Bando,) esempio:
  - buste paga da Gennaio 2020 ad Aprile 2020;
  - dichiarazione non versamento dello stipendio da parte del datore di lavoro;
  - lettera del datore di lavoro di riduzione dell'orario di lavoro o di mancato rinnovo del contratto;
  - lettera Cassa Integrazione:
  - Altro \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Inoltre, di essere a conoscenza che, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, si potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*(\*) Il conferimento dei dati personali contrassegnati è obbligatorio e il rifiuto di fornire gli stessi determinerà l'impossibilità di dar corso alla richiesta.*

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (PRIVACY):

L'Azienda Speciale Retesalute, in qualità di Co-Titolare del trattamento, informa che il trattamento dei dati personali forniti con la presente istanza, o comunque acquisiti per tale scopo, è effettuato per l'esercizio delle funzioni connesse e strumentali alla gestione della presente richiesta ed è svolto nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza anche con l'utilizzo di procedure informatizzate, garantendo la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi.

È fatta salva la possibilità di un ulteriore utilizzo dei dati per trattamenti successivi compatibili con le finalità della raccolta anche in forma aggregata per elaborazione di statistiche riguardanti il servizio.

**Il conferimento dei dati personali contrassegnati con l'asterisco (\*) è obbligatorio e il rifiuto di fornire gli stessi determinerà l'impossibilità di dar corso alla richiesta.**

Il trattamento sarà effettuato a cura delle persone fisiche autorizzate, preposte alle relative attività procedurali, e impegnate alla riservatezza. I dati saranno conservati per il periodo necessario all'espletamento del procedimento amministrativo e in ogni caso per il tempo previsto dalle disposizioni in materia di conservazione degli atti e documenti amministrativi.

I dati non sono oggetto di diffusione o di comunicazione, fatti salvi i casi previsti da norme di legge o di regolamento.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679, e in particolare: il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o l'integrazione se incompleti o inesatti, la limitazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento, rivolgendo la richiesta all'Azienda Speciale Retesalute - in qualità di Titolare del trattamento - Piazza Vittorio Veneto 2/3 - 23807 Merate (LC), oppure al Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer - "DPO") dell'Azienda Speciale Retesalute - e-mail: [dpo.retesalute@cleway.com](mailto:dpo.retesalute@cleway.com).

Infine informa che gli interessati, ricorrendo i presupposti, possono proporre un eventuale reclamo all'Autorità di Controllo Italiana - Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma.

Data e luogo

Firma per il Consenso al trattamento

---

---

*(\*) Il conferimento dei dati personali contrassegnati è obbligatorio e il rifiuto di fornire gli stessi determinerà l'impossibilità di dar corso alla richiesta.*