

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

Cognome					Nome					
Indirizzo di residenza								Civico.		
CAP		Comune							Prov.	
Telefono						Cellulare				
E-mail										
codice fiscale	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>									

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

DOCUMENTO DI IDENTITÀ'

n° documento		Rilasciato da		in data	
--------------	--	---------------	--	---------	--

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.