

	<p style="text-align: center;">COMUNE DI CANONICA D'ADDA Provincia di Bergamo Piazza del Comune, 3 - 24040 Canonica d'Adda (BG) Cod. Fisc. e P. I. 00342890167 Tel. 02/9094016 - Fax. 02/9095023 PEC: comune.canonicadadda.bg@pec.regione.lombardia.it</p>
---	---

All’Ufficio Protocollo
Comune di Canonica d’Adda

Oggetto: domanda di accesso ai Servizi Abitativi Transitori – documentazione comprovante la condizione di emergenza abitativa

Allegato 2

Da compilare in presenza delle condizioni A, B (esclusa finita locazione), D, E.

Ai fini della valutazione della domanda di accesso ai Servizi Abitativi Transitori il richiedente _____ Dichiara, allegando la documentazione richiesta e comprovante le condizioni, che la morosità alla data di sottoscrizione della presente richiesta pari ad € _____, è sopravvenuta a seguito di perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare per (barrare la/le situazione/i ricorrente/i):

- Perdita del lavoro per licenziamento del/la Sig./Sig.ra
dal (mese/anno) ____ / ____ (allegato obbligatorio: copia lettera di licenziamento)
- Riduzione dell’orario di lavoro del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno)
____ / ____ (allegato obbligatorio: copia comunicazione di riduzione di attività lavorativa)
- cassa integrazione ordinaria o straordinaria del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ____ / ____ (allegato obbligatorio: copia comunicazione di sospensione dal lavoro)
- cessazione di attività libero - professionale o di impresa registrate, derivanti da cause di forza maggiore o di perdita di avviamento in misura consistente del/la Sig./Sig.ra.....
dal (mese/anno) ____ / ____ (allegato obbligatorio: copia visura camerale)
- mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ____ / ____ (allegato obbligatorio: visura camerale);
- malattia grave del//la Sig./Sig.radal (mese/anno) ____ / ____ , che ha comportato riduzione del reddito, anche per effetto di rilevanti spese mediche/assistenziali sostenute pari ad € (allegati obbligatori: copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera; copia delle fatture / ricevute fiscali relative alle spese mediche. Nel caso di spese interamente a carico del Servizio Sanitario, dovrà essere dimostrata la caduta di reddito dovuta alla malattia.)

- infortunio del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ____/_____, che ha comportato riduzione del reddito, anche per effetto di rilevanti spese mediche/assistenziali sostenute pari ad € (**allegati obbligatori: copia certificazione infortunio; copia delle fatture / ricevute fiscali relative alle spese mediche**)
- Accrescimento naturale del nucleo familiare per la nascita di in data
- Ingresso nel nucleo familiare de/la Sig./Sig.ra in data
- Separazione o divorzio già avvenuto in data (mese anno)/..... presso il Tribunale o dinnanzi all'Ufficiale di Stato Civile, sentenza/omologa di separazione o divorzio n. del (giorno/mese/anno)/...../..... Tribunale di , data di deposito (giorno/mese/anno)/...../.....
- Separazione o divorzio in corso di giudizio alla data del (mese/anno)/..... presso il Tribunale o dinnanzi all'Ufficiale di Stato Civile (**allegato obbligatorio: copia del ricorso per separazione o per divorzio con timbro di deposito presso il Tribunale competente**)
- Per le domande relative alla condizione F: documentazione che attesta l'assenza di alloggio da cui deriva la necessità urgente di sistemazione abitativa.
N.B. In caso di ordine di liberazione in pendenza di decreto di trasferimento, la domanda verrà comunque accertata.

Canonica d'Adda, lì _____

Firma del dichiarante
