



DICHIARAZIONE DI MOROSITA' INCOLPEVOLE

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____

indirizzo _____

documento di identità _____ n. _____

intestatario del contratto di locazione n. _____ del _____ di anni _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli art. 46 e 47 del d.p.r. 28/12/2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, quanto segue:

- di essere destinatario di un atto di intimazione di sfratto per morosità, con citazione per la convalida;
- di essere titolare di un contratto di locazione per uso abitativo, regolarmente registrato, relativo ad un immobile non di edilizia residenziale pubblica non appartenente alle categorie A1, A8 e A9;
- di essere residente da almeno un anno, nell'alloggio oggetto della procedura di rilascio;
- che nessun componente del proprio nucleo familiare è titolare di diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del proprio nucleo familiare.

Dichiara altresì che l'impossibilità di provvedere al pagamento del canone di locazione previsto dal contratto di locazione in ragione della perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare è dovuta a (barrare una o più caselle):

<input type="checkbox"/>	Perdita del lavoro per licenziamento
<input type="checkbox"/>	Accordi aziendali o sindacali con consistente riduzione dell'orario di lavoro
<input type="checkbox"/>	Cassa integrazione ordinaria o straordinaria che limiti notevolmente la capacità reddituale
<input type="checkbox"/>	Mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici
<input type="checkbox"/>	Malattia grave, infortunio o decesso di un componente il nucleo familiare, che abbia comportato o la consistente riduzione del reddito complessivo del nucleo medesimo o la necessità dell'impiego di parte notevole del reddito per fronteggiare rilevanti spese mediche e assistenziali
<input type="checkbox"/>	Cessazioni di attività libero-professionali o di imprese registrate, derivanti da cause di forza maggiore o da perdita di avviamento in misura consistente
<input type="checkbox"/>	Diminuzione della capacità reddituale dovuta a precarietà lavorativa o separazione legale
<input type="checkbox"/>	Diminuzione della capacità reddituale anche per altri motivi sempreché siano connessi al peggioramento della condizione economica generale attestata dai Servizi Sociali
<input type="checkbox"/>	Altro:

Data _____

IL DICHIARANTE

Si uniscono alla presente dichiarazione i seguenti ALLEGATI:

- attestazione di malattia grave o infortunio resa dal medico curante o dall'A.S.L. di appartenenza;
- dichiarazione, resa ai sensi del D.P.R. 445/2000, di avvenuto decesso di uno o più componenti il nucleo di famiglia percettori di reddito;
- documentazione attestante la perdita o la sensibile diminuzione della capacità reddituale, del concorrente e/o di uno o più componenti il suo nucleo di famiglia
- attestazione di licenziamento, di cassa integrazione ordinaria o straordinaria .