

**AZIENDA REGIONALE PER L'EDILIZIA ABITATIVA – Servizio Territoriale Amministrativo di Nuoro**  
**FONDO SOCIALE 2018**

**Oggetto: Domanda di contributo Fondo Sociale ai sensi dell'art. 5 della L.R. 7/2000 – Anno 2018.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ assegnatario/a dell'alloggio ERP di proprietà di codesta Azienda sito  
 in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 piano \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'erogazione del contributo a carico del Fondo Sociale previsto a favore degli assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica gestiti dall'AREA – Servizio Territoriale di Nuoro, trovandosi in una delle condizioni previste all'art. 1 del Bando 2018.

**A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, dichiara (barrare le caselle che interessano) :**

- che il proprio nucleo familiare comprende soggetti disabili o affetti da gravi malattie croniche comportanti grave ed effettivo disagio economico (allegare la documentazione attestante la percentuale di invalidità e l'attestazione dei Servizi Sociali del Comune di appartenenza);
- che il proprio nucleo familiare comprende soggetti affetti da malattia allo stato terminale comportante grave ed effettivo disagio economico (allegare l'attestazione dei Servizi Sociali del Comune di appartenenza);
- che il proprio nucleo familiare, alla data della pubblicazione del bando, era composto come segue:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n.\_\_\_\_ portatori di handicap riconosciuto/i dagli enti competenti (**allegare documentazione attestante la percentuale di invalidità**);
- che il nucleo familiare richiedente comprende minori privi di un genitore;
- che il nucleo familiare richiedente comprende minori privi di entrambi i genitori;
- che l'importo **non corrisposto** per spese condominiali o di autogestione rilevato alla data del **31/12/2018** è pari a € \_\_\_\_\_ (**allegare attestazione dell'amministratore o del caposcala**);
- che in data \_\_\_\_\_ ha sottoscritto con l'Azienda apposito atto di riconoscimento del debito con piano di rientro per le morosità maturate al **31/12/2018** (**allegare piano di rientro**);
- di partecipare al presente bando per la prima volta;
- di essere in regola con il pagamento delle rate dell'impegno sottoscritto precedentemente.

Allega alla presente la seguente documentazione:

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. E' necessario allegare la fotocopia di un documento di identità dell'interessato ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R 45/2000 pena l'esclusione.**

**ATTENZIONE!** Proseguire nella lettura e sottoscrizione dell'Informativa sul trattamento dei dati pena l'esclusione.