

Domanda di Contributo di Solidarietà

Spett.le
ALER Bergamo-Lecco-Sondrio
U.O.G. di Bergamo
Via Mazzini,32/a
24128 Bergamo

Spett.le Comune di Bergamo
U.O. ASSEGNAZIONE ALLOGGI
E CONTRIBUTI PER LA CASA
P.zza Matteotti, 3
24100 Bergamo

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA dell'ATTO di NOTORIETA'

(art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Valendomi della facoltà concessa dall'art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 ed a conoscenza che in caso di mendaci dichiarazioni, saranno applicate nei miei confronti le pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, dichiaro sotto la mia personale responsabilità:

Il/la sottoscritto/a _____ assegnatario/a dell'alloggio, di edilizia residenziale pubblica di proprietà di Aler Bergamo-Lecco-Sondrio, sito in via _____ tel. _____

COMUNICA

di non essere in grado di far fronte al pagamento del canone di locazione e dei servizi prestati, pertanto,

CHIEDE

cortesemente di essere ammesso a beneficiare del "Contributo di Solidarietà".

A TAL FINE DICHIARA:

che il Suo nucleo familiare è così composto:

Componenti nucleo familiare	Luogo e data di nascita

- che nell'anno in corso sono subentrati i seguenti nuovi eventi:

 ALER Azienda Lombarda per l'Edilizia Residenziale Bergamo Lecco Sondrio	 Regione Lombardia	M 274 BIS	REV.04	DATA: 24/12/2021
---	---	-----------	--------	------------------

- † Riduzione orario di lavoro dal _____ per il Sig./Sig.ra _____
- † Cassa integrazione dal _____ per il Sig./Sig.ra _____
- † Pensionamento dal _____ per il Sig./Sig.ra _____
- † Cessazione attività lavorativa dal _____ per il Sig./Sig.ra _____
- † Uscita dal nucleo familiare di un componente:
 Sig./Sig.ra _____ in data _____
- † Decesso il _____ del Sig./Sig.ra _____
- † Assenza dal _____ per il Sig./Sig.ra _____
 specificare il motivo (per inserimento comunità, ospedale, carcere, ecc) _____
- † Altro _____

- che nel corso dell'anno sostiene spese continuative dovute a:

- † spese farmaceutiche per il seguente importo _____
- † cure dentistiche per il seguente importo _____
- † protesi e ausili (occhiali, carrozzine....) per il seguente importo _____
- † visite mediche per il seguente importo _____
- † spese funerarie per il seguente importo _____
- † multe per il seguente importo _____
- † Altro _____

- che la famiglia è seguita dai servizi sociali o altro Ente di assistenza SI† NO†
 (specificare quali) _____

- che usufruisce dei seguenti servizi dal 1 gennaio dell'anno precedente la domanda:

- † contributi economici continuativi (importo erogato) _____
- † contributi straordinari (importo erogato) _____
- † servizi di assistenza (assistenza domiciliare, centri diurni anziani, servizi per minori, centri per disabili...)(specificare quali)

Note e precisazioni:

Documenti allegati per comprovare la richiesta:

Dichiara di essere a conoscenza, e nel contempo autorizza, controlli nei confronti del sottoscritto e dei componenti il nucleo familiare (dai quali dichiara avere ricevuto mandato a tal fine), diretti ad accertare la veridicità di tutte le informazioni fornite.

Firma

Data _____

Dichiaro di aver preso visione, ed averne capito il contenuto, della Informativa privacy al seguente indirizzo: http://www.aler-bg-lc-so.it/wp-content/uploads/2015/01/informativa_privacy_pdfA.pdf

Firma

Data _____