



Comune di Bienno

Provincia di Brescia

Piazza Liberazione, 1 25040 Bienno (BS) – C.F. 81002430171 P.IVA 00723590980
Tel. 0364 40 001 Fax 0364 40 66 10 www.comune.bienno.bs.it – mail info@comune.bienno.bs.it

Allegato A

SCHEMA DI DOMANDA

CONTRIBUTO REGIONALE DI SOLIDARIETA' anno 2026

D.G.R. XII/6259 DEL 08/06/2026

NELL'AMBITO DEI SERVIZI ABITATIVI PUBBLICI

Legge Regionale 8 Luglio 2016, n.16 Art. 25, comma 3 e Regolamento Regionale 10 ottobre 2019, n.11

Il sig./sig.ra _____, C.F. _____ sottoscrittore del
contratto di locazione sociale relativo all'alloggio sito a Bienno (BS) in via
_____ n. _____

CHIEDE

l'assegnazione del contributo regionale di solidarietà, a valere sui fondi 2026, di cui all'avviso pubblico
del

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 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

DICHIARA

che, alla data indicata dall'avviso, si trovava nelle seguenti situazioni:

- essere assegnatari di alloggi S.A.P. di proprietà del Comune di Bienno da almeno 24 mesi;
- appartenere alle aree della protezione, dell'accesso e della permanenza, ai sensi dell'articolo 31, della legge regionale 27/2009;
- essere in possesso di un ISEE del nucleo familiare, in corso di validità, inferiore a 9.360,00;
- non avere provvedimenti di decadenza per il verificarsi di una delle condizioni di cui ai punti 3) e 4) della lettera a) del comma 1 dell'articolo 25 del regolamento regionale 4/2017 o di una delle violazioni di cui alle lettere da b) a j) del comma 1 e del comma 4 del medesimo articolo 25;
- di trovarsi in una situazione di peggioramento della situazione economica del proprio nucleo familiare, e pertanto nell'impossibilità effettiva a sostenere il costo della locazione sociale, per una delle seguenti cause (**SELEZIONARE**):
 - ☐ licenziamento dal (data)
 - ☐ mobilità dal (data)
 - ☐ cassa integrazione dal (data)
 - ☐ mancato rinnovo contratto a termine dal (data)
 - ☐ accordi aziendali e sindacali con riduzione orario di lavoro dal (data)

- ☐ cessazione attività professionale o di impresa dal (data)
- ☐ grave malattia.....
- ☐ infortunio o decesso di un componente del nucleo familiare che svolgeva attività lavorativa o percepiva pensione, con conseguente riduzione entrate familiari
- ☐ incremento improvviso spese familiari per (esempio visite mediche, etc.)
- ☐ Altro

SI IMPEGNA

1. a partecipare ai programmi definiti con i servizi sociali comunali
2. a collaborare con l'Ente proprietario per eventuali e specifici interventi di volontariato per perseguire il miglioramento del contesto abitativo, sociale e relazionale degli stabili SAP.

Bienno, lì

Firma del richiedente _____

Il sottoscritto dichiara altresì di aver preso visione dell'informativa privacy e di dare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità di cui al Reg. UE 679/2016.

Firma del richiedente _____

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

fotocopia carta d'identità firmata (obbligatoria)

eventuale documentazione comprovante la transitorietà della difficoltà economica (esempio: lettera di licenziamento, accordi aziendali e sindacali, cassa integrazione, mobilità, malattia grave, riduzione orario lavorativo ecc.)

