

Il/La sottoscritto/a _____ Cod. Inq. _____
nato/a a _____ (____) il _____,
codice fiscale _____ tel. _____, cell. _____,
 assegnatario/a volturante
dell'alloggio sito in _____ - _____ civ. _____ int. _____
trovandosi in una situazione socio-economica disagiata, come da documentazione allegata,

MANIFESTA L'INTENZIONE

di voler rateizzare il debito che ammonta alla chiusura contabile del mese di _____ ad € _____ al netto degli interessi.

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000)

- La sussistenza di difficoltà economiche ad effettuare il pagamento del debito in un'unica soluzione, come risulta dalla relativa documentazione allegata;
- di essere a conoscenza delle norme e i contenuti del "regolamento sui criteri da adottare nelle transazioni per il pagamento della morosità" approvato con Decreto A.U. n. 32409 del 8/10/2020;
- di essere per l'anno in corso nelle condizioni di "moroso incolpevole" per sopravvenuta impossibilità a provvedere al pagamento del canone locativo a ragione della perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare a seguito delle seguenti cause:

(barrare OBBLIGATORIAMENTE con una X il riquadro interessato)

- perdita di lavoro per licenziamento (**vedere documentazione da me allegata**);
- riduzione consistente dell'orario di lavoro dovuto ad accordi aziendali o sindacali (**vedere documentazione da me allegata**);
- cassa integrazione ordinaria o straordinaria che limita notevolmente la capacità reddituale (**vedere documentazione da me allegata**);
- mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico (**vedere documentazione da me allegata**);
- cessazione di attività libero professionale o di impresa registrata derivante da cause di forza maggiore o da perdita di avviamento in misura consistente (**vedere documentazione da me allegata**);
- malattia grave, infortunio o decesso di un 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 (**vedere documentazione da me allegata in busta chiusa**).

RICHIEDE un piano di rateizzazione più contenuto temporalmente rispetto a quello attribuibile in base alla tabella prevista di rateizzazione sotto riportata (rate n. _____).

RICHIEDE il piano di rateizzazione relativo allo scaglione immediatamente più favorevole rispetto a quello attribuito in base alla tabella sotto indicata

avendo: una famiglia monoreddito composta di 3 o più componenti
 una persona o più invalida al 100% (vedi documentazione allegata)

FASCE REDDITUALI	ANTICIPO	DEBITO FINO A € 1.500,00	DEBITO DA € 1.501,00 A € 2.500,00	DEBITO DA € 2.501,00 A € 5.000,00	DEBITO OLTRE € 5.001,00
B1	10%	12	18	24	36
B2	15%	12		24	

Dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs nr.196/2003 integrato con le modifiche introdotte dal D.Lgs. nr.101/2018 di adeguamento al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE nr.679/2016 (GDPR), che: - i dati personali forniti dall'utente saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento e per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa;
- per le predette finalità il conferimento dei dati è obbligatorio;
- i dati verranno conservati per il tempo necessario per le finalità per cui sono raccolti e per ottemperare agli obblighi di legge;
- i dati forniti potranno essere comunicati a dipendenti e collaboratori di A.R.T.E. Genova competenti per funzione e debitamente autorizzati al trattamento, con garanzia di tutela dei diritti dell'interessato, nonché a soggetti terzi la cui attività è necessaria per l'adempimento del contratto, il corretto svolgimento e/o il miglioramento dei servizi offerti dal Titolare ed anche per ottemperare a determinati obblighi di legge prescritti, ad esempio, per il controllo e la vigilanza dell'attività svolta.

Titolare del trattamento è A.R.T.E. Genova con sede legale in Via Bernardo Castello n. 3, 16121, Genova, iscrizione presso il Registro delle Imprese di Genova n.360473, C.F. 00488430109, telefono 01053901 – fax 0105390317, e-mail info@arte.ge.it - PEC: protocollo@pec.arte.ge.it. Il Responsabile della Protezione dei Dati è contattabile tramite e-mail all'indirizzo dedicato privacy@arte.ge.it

Il/La sottoscritto/a è consapevole che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente manifestazione, decade dai benefici eventualmente ottenuti ed incorre nelle sanzioni penali (art. 495 e 496 del C.P.) così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000.

Letto, confermato e sottoscritto

LUOGO DATA
(* allega copia fotostatica del documento di identità.

IL/LA DICHIARANTE (*) _____
FIRMA _____