



Regione Lombardia

AMBITO DISTRETTUALE 12 VALLE SABBIA

**SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE IL CUI REDDITO PROVENGA
ESCLUSIVAMENTE DA PENSIONE**

(Misura 4 Delibera della Giunta Regionale 606 del 1 ottobre 2018 – Verbale dell'Assemblea dei Sindaci n. 17 del 25 ottobre 2018)

**DICHIARAZIONE DEL PROPRIETARIO
DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA DELL'INQUILINO**

Il/la sottoscritto/a
nato/a Prov il
codice fiscale
telefono E-mail:.....
proprietario dell'immobile / legale rappresentante della società proprietaria dell'immobile
sito in via/piazza n
Comune....., c.a.p....., Prov.....
dato in locazione al sig.

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 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, quanto segue:

DI ESSERE DISPONIBILE ACCETTARE

il contributo, eventualmente riconoscibile dal Comune di _____, a scomputo dei canoni di locazione futuri, con l'impegno a (*barrare l'opzione scelta*):

- a. a non aumentare il canone di locazione per 12 mesi;**
- b. a rinnovare il contratto di locazione alle stesse condizioni se in scadenza.**

Data, _____

IL DICHIARANTE

Allegare fotocopia di documento d'identità in corso di validità