

Prot. N. _____ Data _____

Oggetto : **Legge Regione Puglia n. 10 del 07/04/2014 art. 14 – Trasmissione dati per Riduzione canone di locazione per decesso o trasferimento di un componente del nucleo familiare.**

Il/La sottoscritto/a : (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

Residente in _____ via _____ n. _____ scala _ int ____

C.A.P. _____ Telefono _____ Codice Fiscale _____

- al fine dell'aggiornamento della situazione reddituale del proprio nucleo familiare, ai sensi dell'art. 14 della Legge Regione Puglia n. 10 del 07/04/2014;
- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizioni di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità;
- consapevole, altresì, che, in osservanza all'art. 71 D.P.R. n. 445/2000, l'ente è tenuto a procedere ad idonei controlli, anche a campione, con le conseguenze di cui all'art. 75 D.P.R. n. 445/2000 (decadenza dai benefici) qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione;

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, che

- 1) La situazione del nucleo familiare, dei suoi singoli componenti e dei redditi degli stessi è quella riportata nel **modulo A** descritta sul retro.
- 2) L'alloggio è stabilmente abitato dal nucleo assegnatario, non è adibito ad usi illeciti e non è stato ceduto neppure, parzialmente, a terzi. Il nucleo assegnatario non ha perduto i requisiti di cui alla Legge Regione Puglia n. 10 del 07/04/2014.

Data _____

IL/LA DICHIARANTE

(firma per esteso e leggibile)

Da compilare in stampatello

Informativa sul trattamento dei dati personali

Arca Nord Salento, in qualità di Titolare del trattamento, in base al Reg. Ue 679/16, tratterà i dati personali conferiti col presente modulo nell'ambito del relativo procedimento, con modalità informatiche e cartacee, per le finalità previste dalla normativa in materia di edilizia residenziale pubblica, in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri oppure per obbligo di legge. Il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro mancato inserimento non consente di concludere il relativo procedimento. I dati saranno trattati per tutta la durata del procedimento e, in seguito, saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea. Gli interessati, ricorrendo i presupposti, hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento. L'apposita istanza è presentata contattando l'Arca Nord Salento o il suo DPO. E' anche possibile, ricorrendone i presupposti, proporre reclamo all'autorità Garante. Per ogni ulteriore informazione al riguardo, si può consultare l'informativa estesa reperibile sul sito internet di Arca Nord Salento.

Modulo A.

NUCLEO FAMILIARE

REDDITI ANNO

Da compilare in stampatello

Grado di Parentela	COGNOME	NOME	Professione	Dominicale	Agrario	Fabbricati	Impresa / Lavoro autonomo	Capitale / partecipazioni / Altro	Lavoro Dipendente	Pensione
	Nato a	il								
	Codice Fiscale									
	Nato a	il								
	Codice Fiscale									
	Nato a	il								
	Codice Fiscale									
	Nato a	il								
	Codice Fiscale									
	Nato a	il								
	Codice Fiscale									

Qualora, nel prospetto sopra riportato non venga indicato alcun reddito, si intende che il reddito complessivo dell'intero nucleo familiare dell'assegnatario e degli eventuali conviventi in forma continuativa è pari a € 0 (ZERO).
IL/LA DICHIARANTE

Data _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Ai sensi dell'art. 38 d.p.r. 445/2000, il sottoscritto funzionario attesta che la succitata dichiarazione è stata sottoscritta in sua presenza dal Sig. _____ identificato su esibizione di _____ n° _____ rilasciata il _____ da _____

OPPURE IN CASO DI SPEDIZIONE POSTALE O TRASMISSIONE VIA FAX

Il sottoscritto _____ attesta che è pervenuta contestualmente fotocopia del documento di _____

Data _____

IL FUNZIONARIO

N.B. Alla presente dichiarazione si allega copia fotostatica non autenticata del proprio documento di riconoscimento.