

Allegato B

DICHIARAZIONE DEL PROPRIETARIO

Interventi volti al sostegno per il mantenimento dell'alloggio in locazione anche a seguito delle difficoltà economiche derivanti dalla emergenza sanitaria Covid 19

**Integrazione alla MISURA UNICA di cui alle
DGR 4678 e DGR 5324**

Al Comune di _____

DICHIARAZIONE DEL PROPRIETARIO¹

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ Prov. _____
in Via _____ n. _____ CAP _____
telefono _____ email _____
proprietario dell'immobile sito in via/piazza _____ n. _____
Comune _____ Prov. _____ CAP _____
dato in locazione al sig. (cognome) _____ (nome) _____

Visto il Bando "Interventi volti al sostegno per il mantenimento dell'alloggio in locazione anche a seguito delle difficoltà economiche derivanti dalla emergenza sanitaria Covid 19 - Integrazione alla MISURA UNICA di cui alle DGR 4678/2021 e DGR 5324/2021" - Ambito di Merate

DICHIARA

- di essere a conoscenza della domanda presentata dal Sig. _____;
- che l'inquilino ha una morosità pari a mesi _____ per un importo di € _____;
- di essere a conoscenza che il contributo che verrà erogato non potrà comunque essere superiore a € 3.000,00;

ACCETTA

- il contributo, laddove riconosciuto dall'Ambito di Merate, a scomputo, anche parziale, o a copertura delle mensilità successive alla data di ricezione del contributo;

È DISPONIBILE

- ad un colloquio presso lo "Sportello proprietari immobili" nel Comune di Merate, in presenza di un tecnico competente in materia di locazioni e normative ad esse collegate; l'obiettivo del colloquio è quello di dare ascolto al punto di vista dei proprietari per una piena comprensione della problematica

¹ Se persona Giuridica, indicare i dati del Rappresentante Legale

dell'abitare, pur sempre finalizzata al mantenimento dell'alloggio in locazione almeno per i successivi 12 mesi dall'erogazione del contributo.

CHIEDE

che in caso di assegnazione di contributo, lo stesso sia corrisposto tramite bonifico bancario sul seguente conto corrente di cui si chiede di allegare la copia delle coordinate bancarie complete di IBAN e intestatario rilasciata dall'istituto di Credito.

IL DICHIARANTE
(proprietario)

Data, _____

Allegare:

- *copia C.I. del sottoscrittore (proprietario)*
- *copia delle coordinate bancarie complete di IBAN e intestatario rilasciata dall'istituto di Credito.*

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (PRIVACY):

L'Azienda Speciale Retesalute, in qualità di Co-Titolare del trattamento, informa che il trattamento dei dati personali forniti con la presente istanza, o comunque acquisiti per tale scopo, è effettuato per l'esercizio delle funzioni connesse e strumentali alla gestione della presente richiesta ed è svolto nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza anche con l'utilizzo di procedure informatizzate, garantendo la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi.

È fatta salva la possibilità di un ulteriore utilizzo dei dati per trattamenti successivi compatibili con le finalità della raccolta anche in forma aggregata per elaborazione di statistiche riguardanti il servizio.

Il conferimento dei dati personali contrassegnati con l'asterisco è obbligatorio e il rifiuto di fornire gli stessi determinerà l'impossibilità di dar corso alla richiesta.

Il trattamento sarà effettuato a cura delle persone fisiche autorizzate, preposte alle relative attività procedurali, e impegnate alla riservatezza. I dati saranno conservati per il periodo necessario all'espletamento del procedimento amministrativo e in ogni caso per il tempo previsto dalle disposizioni in materia di conservazione degli atti e documenti amministrativi.

I dati non sono oggetto di diffusione o di comunicazione, fatti salvi i casi previsti da norme di legge o di regolamento.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679, e in particolare: il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o l'integrazione se incompleti o inesatti, la limitazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento, rivolgendo la richiesta all'Azienda Speciale Retesalute - in qualità di Titolare del trattamento - Piazza Vittorio Veneto 2/3 - 23807 Merate (LC), oppure al Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer - "DPO") dell'Azienda Speciale Retesalute - e-mail: dpo.retesalute@cleway.com.

Infine, informa che gli interessati, ricorrendo i presupposti, possono proporre un eventuale reclamo all'Autorità di Controllo Italiana - Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma.

Data _____

Firma per il Consenso al trattamento _____