



N° progr. _____

**Comune di
Accumoli**
Provincia di Rieti

Prot. _____ del _____

Al Sindaco del Comune di ACCUMOLI

IL SOTTOSCRITTO _____
(COGNOME E NOME)

C H I E D E
IL NUOVO CONTRIBUTO PER L'AUTONOMA SISTEMAZIONE
A SEGUITO EVENTI SISMICI DEL CENTRO ITALIA DEL 24 AGOSTO 2016

A TAL FINE, AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000, IL SOTTOSCRITTO CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE PENALI PREVISTE AGLI ARTT. 75 E 76 DEL D.P.R. 445/2000, PER CHI ATTESTA IL FALSO, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

DICHIARA QUANTO SEGUE

DATI PERSONALI DEL RICHIEDENTE																				
NATO A											IL	__/__/----								
NAZIONALITA'																				
CODICE FISCALE												TEL.								
CHE ALLA DATA DEL SISMA ERA <input type="checkbox"/> RESIDENTE <input type="checkbox"/> DOMICILIATO (spuntare la casella che ricorre)																				
VIA/PIAZZA											N.									
COMUNE											PROVINCIA									
IN QUALITÀ DI				PROPRIETARIO <input type="checkbox"/>				INQUILINO <input type="checkbox"/>												

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO ANAGRAFE DEL COMUNE
 per attestazione dello stato di residenza al 24/08/2016

FIRMA -----

CHE PER TALE ABITAZIONE HA RICEVUTO ORDINANZA DI SGOMBERO IN DATA __/__/----

EMESSO DA

- SGOMBERO TOTALE
- SGOMBERO PARZIALE
- SGOMBERO TEMPORANEO
- RICADENTE NELLA ZONA DI INAGIBILITÀ TOTALE DI CUI ALL'ORDINANZA 2S DEL 26/08/2016 DEL SINDACO DI ACCUMOLI
- IN ATTESA DI VERIFICA DI AGIBILITÀ DA PARTE DEL CENTRO OPERATIVO COMUNALE

MODULO ABITATIVO PROVVISORIO	
IL RICHIEDENTE SI DICHIARA DISPONIBILE A TRASFERIRSI AD ULTIMAZIONE DEI M.A.P. E CONTESTUALMENTE A RINUNCIARE AL CONTRIBUTO PER L'AUTONOMA SISTEMAZIONE:	
<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

IL NUOVO CONTRIBUTO REGIONALE PER L'AUTONOMA SISTEMAZIONE E' RICHIESTO PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE COSÌ COMPOSTO ALLA DATA DEL SISMA:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA

NEL NUCLEO FAMILIARE ERANO PRESENTI ALLA DATA DEL SISMA:

Numero di soggetti di età superiore ai 65 anni: n ° _____

Cognome.....Nome.....

Cognome.....Nome.....

Numero soggetti portatori di handicap: n ° _____

Cognome.....Nome.....

Ente che ha provveduto al riconoscimento dell'handicap

Cognome.....Nome.....

Ente che ha provveduto al riconoscimento dell'handicap

Numero soggetti disabili con invalidità non inferiore al 67%: n ° _____

Cognome.....Nome.....

Ente che ha provveduto al riconoscimento dell'invalidità

Cognome.....Nome.....

Ente che ha provveduto al riconoscimento dell'invalidità

Numero di minori di 14 anni: n ° _____

Cognome.....Nome.....

Cognome.....Nome.....

Cognome.....Nome.....

IL RICHIEDENTE DICHIARA DI NON FRUIRE DI ALTRA SISTEMAZIONE ALLOGGIATIVA CON ONERI A CARICO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, PRESSO STRUTTURE DI ACCOGLIENZA O IN ALLOGGI IN AFFITTO, OVVERO DI RINUNCIARVI ALLA DATA DI ASSEGNAZIONE DEL PRESENTE CONTRIBUTO.

IL RICHIEDENTE DICHIARA DI NON AVERE DISPONIBILITA' DI UN ALLOGGIO DI PROPRIETA' NELLA PROVINCIA DI RESIDENZA, AGIBILE E LIBERO.

IL RICHIEDENTE IL NUOVO CONTRIBUTO PER L'AUTONOMA SISTEMAZIONE SI IMPEGNA, NEL CASO FOSSE ASSEGNATARIO DI CONTRIBUTI PER LA RIPARAZIONE, IL RIPRISTINO E LA RICOSTRUZIONE DELLA PROPRIA ABITAZIONE, A CONCLUDERE I LAVORI ENTRO UN TERMINE CONGRUO DALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA ED AVVIO LAVORI, PENA LA DECADENZA DEL PRESENTE BENEFICIO.

IL RICHIEDENTE SI IMPEGNA A DARE, ENTRO IL TERMINE DI 10 GIORNI, COMUNICAZIONI DELLE VARIAZIONI RESE AL COMUNE IN CUI E' UBICATO L'IMMOBILE.

IL RICHIEDENTE E' ALTRESI' CONSAPEVOLE CHE AL RIPRISTINO DELL'AGIBILITA' DELLA PROPRIA ABITAZIONE PRINCIPALE, ABITUALE E CONTINUATIVA CESSA IL DIRITTO AL PRESENTE CONTRIBUTO.

PARIMENTI, SE ACCETTA LA CONSEGNA DEL MODULO ABITATIVO PROVVISORIO CESSA IL DIRITTO AL PRESENTE CONTRIBUTO.

SI ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITA'.

L'INDIRIZZO DEL RICHIEDENTE A CUI INVIARE COMUNICAZIONI E' IL SEGUENTE:

