



Agenzia regionale per la sicurezza territoriale e la protezione civile

AL SINDACO DEL COMUNE DI _____

DOMANDA DI CONTRIBUTO PER L'AUTONOMA SISTEMAZIONE

avverse condizioni meteorologiche che, a partire dal giorno 1° maggio 2023, hanno colpito il territorio delle province di Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara, Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini – di cui alla OCDPC n. 992 dell'8 maggio 2023

* * * *

IL SOTTOSCRITTO _____
(COGNOME E NOME)

CHIEDE IL CONTRIBUTO PER L'AUTONOMA SISTEMAZIONE ED A TAL FINE

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle conseguenze penali previste agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, per chi attesta il falso, sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

DATI PERSONALI DEL DICHIARANTE

COMUNE DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA __ / __ / ____

NAZIONALITÀ _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROVINCIA _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

CODICE FISCALE _____

TELEFONO _____

E-MAIL _____ @ _____

INDIRIZZO E DATI CATASTALI DELL'ABITAZIONE SGOMBERATA:

Via _____

Foglio _____ Mappale _____; _____ Subalterno _____; _____; _____; _____

ORDINANZA DI SGOMBERO n. _____ del ____ / ____ / _____

DATA DI EVACUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE ____ / ____ / _____

TITOLO IN BASE AL QUALE SI OCCUPAVA L'ABITAZIONE SGOMBERATA:

- 1) proprietà
- 2) locazione Specificare se alloggio Acer SI NO
- 3) altro _____ (specificare: es. usufrutto, uso, comodato d'uso gratuito)

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE ALLA DATA DELL'EVENTO CALAMITOSO, RISULTANTE DAL CERTIFICATO STORICO DELLO STATO DI FAMIGLIA (Tabella 1)

(Tabella 1)

Nr. Progr.	Cognome	Nome	Data di nascita	Età superiore a 65 anni, Portatore di handicap o Disabile con invalidità non inferiore al 67%
				SI/NO
1				
2				
3				
4				
5				

ALLA DATA DELL'EVENTO CALAMITOSO NELL'ABITAZIONE SGOMBERATA IN CUI ERA STABILITA LA RESIDENZA ANAGRAFICA, DIMORAVA ABITUALMENTE

tutto il nucleo

parte del nucleo _____ (indicare il numero progressivo corrispondente al/i componente/i della Tabella 1)

SISTEMAZIONE ALLOGGIATIVA ATTUALE DEL NUCLEO FAMILIARE:

(N.B.: in caso di diverse sistemazioni alloggiative dei componenti il nucleo familiare, indicare a fianco della casella di riferimento da barrare il numero progressivo corrispondente al/ai componente/i della Tabella 1)

1. nell'abitazione sgomberata (Nr. Progr. _____)
2. altra abitazione in locazione (Nr. Progr. _____)
3. altra abitazione in comodato d'uso (Nr. Progr. _____)
4. presso amici e parenti (Nr. Progr. _____)
5. roulotte, camper e soluzioni similari (Nr. Progr. _____)
6. strutture ricettive con oneri a carico della P.A. (Nr. Progr. _____)
7. alloggio in affitto con oneri a carico della P.A. (Nr. Progr. _____)

8. alloggio ACER (Nr. Progr. _____)
9. presso il datore di lavoro (Nr. Progr. _____)
(per lavoro a servizio intero)
10. struttura sociosanitaria con oneri, anche parziali,
a carico della P.A. (Nr. Progr. _____)
11. altra abitazione, in proprietà, nuda proprietà, usufrutto,
uso, anche pro quota, nello stesso comune in cui
è ubicata l'abitazione sgomberata (Nr. Progr. _____)
12. altra abitazione, in proprietà, nuda proprietà, usufrutto,
uso, anche pro quota, in un comune confinante con
quello in cui è ubicata l'abitazione sgomberata (Nr. Progr. _____)
13. abitazione reperita e con oneri a carico del Comune (Nr. Progr. _____)
14. altro (*specificare* _____) (Nr. Progr. _____)

INDIRIZZO DELLA SISTEMAZIONE ALLOGGIATIVA ATTUALE:

Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____ (Nr. Progr. _____)

(N.B.: in caso di diverse sistemazioni alloggiative dei componenti il nucleo familiare, indicare a fianco di ciascun indirizzo il numero progressivo corrispondente al/ai componente/i della Tabella1)

Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____ (Nr. Progr. _____)

Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____ (Nr. Progr. _____)

Il nucleo familiare ha la disponibilità, a titolo di proprietà, nuda proprietà o di altro diritto reale di godimento (es.: usufrutto, uso) anche pro quota, di altra abitazione libera e agibile nello stesso Comune in cui è ubicata l'abitazione sgomberata o in un Comune confinante:

SI dalla data del _____ NO

Il contitolare del diritto reale di godimento dell'abitazione ha espresso il dissenso al relativo utilizzo da parte del sottoscritto e del proprio nucleo familiare

SI NO

(N.B. In caso di dissenso per l'abitazione libera ed agibile già esistente alla data della presente domanda, allegare l'attestazione di dissenso)

LAVORI DI RIPRISTINO DELL'ABITAZIONE SGOMBERATA:

sono stati avviati SI in data _____ NO

saranno avviati SI entro la data del _____ NO

sono ultimati SI data fine lavori _____ NO

Il rientro nell'abitazione è già avvenuto: SI in data _____ NO

Il rientro nell'abitazione è previsto per la data del _____

Il rientro nell'abitazione è previsto per:

tutto il nucleo

parte del nucleo _____ (indicare il numero progressivo corrispondente al/i componente/i della Tabella 1)

Dati del Direttore dei lavori (se già nominato):

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Tel _____ E-mail _____ @ _____

INDIRIZZO DEL DICHIARANTE A CUI INVIARE COMUNICAZIONI

VIA/PIAZZA	N.
COMUNE	PROVINCIA

Codice IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il sottoscritto si impegna a comunicare al Comune in cui è ubicata l'abitazione sgomberata le variazioni delle dichiarazioni rese in domanda, entro il termine di 5 giorni dal loro verificarsi.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali raccolti e contenuti nella presente domanda saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo gli competono tutti i diritti di accesso previsti dal richiamato articolo.

Data ____ / ____ / _____

Firma del dichiarante _____

(Qualora la presente domanda non venga sottoscritta davanti ad un pubblico ufficiale del Comune abilitato a riceverla, ma venga presentata da terzi o spedita tramite posta, alla domanda dovrà essere allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità)

Spazio riservato al dichiarante per eventuali ulteriori precisazioni:

IMMOBILE INAGIBILE E/O IN CARENZA DEI REQUISITI IGIENICO/SANITARI

Data ____ / ____ / ____

Firma del dichiarante _____

Spazio riservato al Comune per note:

LEGGERE CON ATTENZIONE:

1. Il richiedente il contributo è tenuto a leggere con attenzione la direttiva del Commissario delegato che disciplina i criteri, le procedure e i termini per la presentazione delle domande di contributo per l'autonoma sistemazione dei nuclei familiari sfollati dalla propria abitazione principale.
2. Si evidenzia che il contributo è concesso esclusivamente per il periodo in cui si è provveduto autonomamente alla sistemazione del nucleo familiare, ovvero senza l'intervento o l'intermediazione della pubblica amministrazione con spese a carico di questa.
3. La presente domanda costituisce dichiarazione sostitutiva di certificato e di atto notorio (artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000). Ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso decade dal beneficio conseguente al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ed è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
4. Ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 il Comune è tenuto ad effettuare idonei controlli anche a campione ed in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000.