



Agenzia regionale per la sicurezza territoriale e la protezione civile

AL SINDACO DEL COMUNE DI _____

DOMANDA DI CONTRIBUTO PER L'AUTONOMA SISTEMAZIONE

eccezionali eventi meteorologici che dal 17 al 19 agosto 2022 hanno colpito il territorio delle province di Ferrara, di Modena e di Parma di cui alla OCDPC n. 940 del 31 ottobre 2022

* * * *

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 _____ @ _____

(N.B.: barrare le caselle che ricorrono)

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	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. _____

(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. _____

Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____

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

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:

Data ____ / ____ / _____

Firma del dichiarante _____

Spazio riservato al Comune per note:

Allegato 1:

LEGGERE CON ATTENZIONE:

- 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.
- 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.
- 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.

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.