

**COMUNE di MALTIGNANO***Provincia di Ascoli Piceno*

Via Nuova n.1, 63085 Maltignano (AP)

P.Iva: 00364960443

OGGETTO: CONTRIBUTO DI AUTONOMA SISTEMAZIONE SISMA 2016. Scheda informativa per gli adempimenti previsti dalla Circolare del Capo del Dipartimento di Protezione Civile del 10 febbraio 2017 resa dai percettori del contributo.

IL SOTTOSCRITTO _____

(COGNOME E NOME)

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, 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

COMUNICA QUANTO SEGUE

DATI PERSONALI DEL RICHIEDENTE																			
NATO A												IL	__/__/__						
CODICE FISCALE												TEL.							
RESIDENTE A																			
VIA / PIAZZA												N.							

NB: Se i componenti del nucleo non sono residenti indicare anche il CODICE FISCALE, altrimenti sono sufficienti COGNOME E NOME

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE

IL NUCLEO FAMILIARE ALLA DATA DELL'EVENTO SISMICO:

Aveva l'abitazione principale, abituale e continuativa distrutta/inagibile sita nel Comune di Maltignano in

Via.....

L'ABITAZIONE ERA OCCUPATA IN BASE AL SEGUENTE TITOLO:

<input type="checkbox"/> proprietà	<input type="checkbox"/> usufrutto
<input type="checkbox"/> comodato d'uso	<input type="checkbox"/> locazione
<input type="checkbox"/> parenti e affini	<input type="checkbox"/> altro

HA PROVVEDUTO ALLA SISTEMAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:

autonomamente dalal..... (1) nel Comune di..... Via N.

Titolo di occupazione:

<input type="checkbox"/> proprietà	<input type="checkbox"/> usufrutto
<input type="checkbox"/> comodato d'uso	<input type="checkbox"/> locazione
<input type="checkbox"/> parenti e affini	<input type="checkbox"/> altro

soluzione abitativa prescelta:

<input type="checkbox"/> abitazione	<input type="checkbox"/> casetta
<input type="checkbox"/> camper	<input type="checkbox"/> roulotte
<input type="checkbox"/> struttura sanitaria privata	<input type="checkbox"/> altro

Dati del proprietario dell'autonoma sistemazione:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE

IL SOTTOSCRITTO INOLTRE:

1. dichiara che tutti i dati sopra riportati risultano riferibili anche ai componenti il proprio nucleo familiare per il quale si beneficia del contributo autonomia sistemazione.
2. dichiara che è consapevole del fatto che la parziale e/o errata compilazione dei dati richiesti comporterà la sospensione del contributo fino alla loro regolarizzazione
3. si impegna inoltre, pena la sospensione del contributo, a comunicare per iscritto e tempestivamente ogni variazioni relativa ai dati oggi dichiarati.
- 4.

.....li,

Firma del dichiarante

.....

Allega: copia del documento di identità del dichiarante.

NOTE PER LA COMPILAZIONE

La presente scheda deve essere compilata in ogni campo, fornendo tutte le informazioni richieste, pena la sospensione del contributo fino a regolarizzazione: dovrà inoltre pervenire al Comune di MALTIGNANO mediante consegna manuale, raccomandata A/R, PEC: anagrafe.comune.maltignano@emarche.it , mail : anagrafe@comune.maltignano.ap.it **entro il 10/04/2017**, al fine di procedere alla successiva rendicontazione presso la Regione Marche, pena la sospensione del contributo di autonomia sistemazione