

**MODULO PER LA RICHIESTA DELLA STRUTTURA ABITATIVA DI EMERGENZA –
SAE AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA COMUNALE N. 147 DEL
10.12.2019 ED IN RIFERIMENTO ALL'AVVISO PUBBLICO DEL 23.12.2019**

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

AL SINDACO DEL COMUNE DI AMATRICE

___ SOTTOSCRITT___ RICHIEDENTE

COGNOME _____ 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 citato decreto per chi attesta il falso, sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE

DATI PERSONALI DEL RICHIEDENTE	
Luogo di nascita	Prov.
Data di nascita	
Codice fiscale	
Luogo di residenza	
Città _____	Prov. _____ cap _____
Via/Piazza _____	n. _____
Indirizzo di dimora se diverso da quello di residenza:	
Città _____	Prov. _____ cap _____
Via/Piazza _____	n. _____
Telefono	e-mail

DI ESSERE IN POSSESSO del requisito, obbligatorio per l'accesso alla SAE, costituito dalla dimora abituale e continuativa ai sensi dell'art. 3, comma 1, dell'Ordinanza n. 388/2016, per un lasso temporale non inferiore a dodici mesi, a norma dell'art. 1, comma 5, dell'Ordinanza n. 614/2019

INDIRIZZO E DATI CATASTALI DELL'ABITAZIONE PRINCIPALE DEL RICHIEDENTE, NELLA QUALE DIMORAVA STABILMENTE E CONTINUATIVAMENTE,

RESA INAGIBILE DAL SISMA DEL:

(barrare la relativa casella)

24 AGOSTO 2016

30 OTTOBRE 2016

18 GENNAIO 2017

Comune di _____ Prov. _____

Località/frazione _____ N. _____

DATI CATASTALI

Foglio _____ particella _____ subalterno _____

TITOLO DI UTILIZZAZIONE E FRUIZIONE DELL'IMMOBILE "DIMORA STABILE" DEL RICHIEDENTE (barrare la casella che interessa)

PROPRIETÀ (specificare nome e codice fiscale del proprietario)

nome _____ C.F. _____

AFFITTO (specificare nome e codice fiscale del proprietario e gli estremi di registrazione del contratto di registrazione)

nome _____ C.F. _____

COMODATO GRATUITO (specificare nome e codice fiscale del proprietario)

nome _____ C.F. _____

ALTRO TITOLO (specificare nome e codice fiscale del proprietario)

Titolo _____

nome _____ C.F. _____

ESITO DELLA VERIFICA DI AGIBILITÀ DELL'ABITAZIONE NELLA QUALE IL RICHIEDENTE DIMORAVA IN MODO ABITUALE E CONTINUATIVO

(barrare la casella rilevante indicando anche se l'abitazione ricade in zona rossa)

- A
- A/F
- B – B/F
- C – C/F
- D
- E – E/F

Indicare se l'abitazione ricade in zona rossa

- SI
- NO

BARRARE UNA SINGOLA CASELLA TENENDO CONTO DEI REQUISITI E DEI CRITERI DI PRIORITA' (IN ORDINE DECRESCENTE) STABILITI DALLA DELIBERA DELLA GIUNTA COMUNALE N. ____ DEL ____ E DALL'AVVISO PUBBLICO DEL _____

- 1. Dipendente del Comune di Amatrice non assegnatario di SAE con rapporto di lavoro a tempo indeterminato**
- 2. Nuclei costituiti da coniugi, da nubendi, da conviventi more uxorio nel medesimo stato di famiglia anagrafico o da persone intenzionate a convivere more uxorio o a costituire un'unione civile ai sensi della legge n. 76/2016**
- 3. Nucleo familiare di almeno due persone aspiranti a rientrare nel territorio**
- 4. Persona singola aspirante a rientrare nel territorio**

SOLO IN CASO DI NUCLEI FAMILIARI (non persona singola) SPECIFICARNE LA COMPOSIZIONE:

RICHIEDENTE	
Cognome	Nome
Data di nascita	
Luogo di nascita	Prov.
Codice fiscale	
Luogo di residenza	
Città _____ Prov. _____ cap _____	
Via/Piazza _____ n. _____	

ALTRI COMPONENTI

1	
Cognome	Nome
Data di nascita	
Luogo di nascita	Prov.
Codice fiscale	
Luogo di residenza	
Città _____ Prov. _____ cap _____	
Via/Piazza _____ n. _____	
RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE:	

2

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov.

Codice fiscale

Luogo di residenza

Città _____ Prov. _____ cap _____

Via/Piazza _____ n. _____

RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE:

3

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov.

Codice fiscale

Luogo di residenza

Città _____ Prov. _____ cap _____

Via/Piazza _____ n. _____

RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE:

4

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov.

Codice fiscale

Luogo di residenza

Città _____ Prov. _____ cap _____

Via/Piazza _____ n. _____

RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE:

5

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov.

Codice fiscale

Luogo di residenza

Città _____ Prov. _____ cap _____

Via/Piazza _____ n. _____

RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE:

INDICARE SE NEL NUCLEO FAMILIARE SONO PRESENTI PERSONE IN STATO DI GRAVIDANZA

- SI
 NO

In caso affermativo indicare il mese di avanzamento al momento della domanda e allegare certificazione alla richiesta

OPZIONE PER ASSEGNAZIONE SAE DI METRATURA INFERIORE (da tenere in considerazione soltanto nell'eventualità che, effettuate le assegnazioni per singola tipologia, il richiedente rimanga privo di sistemazione)

ATTENZIONE: barrare l'opzione soltanto nel caso si accordi la diversa sistemazione)

- SI, il sottoscritto richiedente dichiara di voler esercitare l'opzione per l'assegnazione di una SAE di consistenza inferiore (60 metri in luogo di 80; 40 metri in luogo di 60)**

RECAPITO PRESSO IL QUALE SI DESIDERA RICEVERE LE COMUNICAZIONI RELATIVE ALLA DOMANDA (solo se diverso dall'indirizzo di residenza)

Città	Prov.	Cap
Via/Piazza		

Luogo e data _____

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 citato decreto per chi attesta il falso, i sottoscritti attestano sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde a verità:

Sottoscrizione del richiedente e di tutti i componenti del nucleo familiare maggiorenni

COGNOME E NOME	CONTATTO (recapito telefonico o mail)	FIRMA

SI DEVONO ALLEGARE ALLA PRESENTE COMUNICAZIONE:

- COPIA DEI DOCUMENTI DI IDENTITÀ DI TUTTI I COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE MAGGIORENNI
- OGNI DOCUMENTO UTILE ALLA VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE DEL RICHIEDENTE (e eventualmente del relativo nucleo familiare) E A COMPROVARE LE DICHIARAZIONI CONTENUTE NELLA DOMANDA.