

“ALLEGATO A”

Al comune di Campotosto  
Ufficio per la Ricostruzione

**OGGETTO: CONTRIBUTO DI AUTONOMA SISTEMAZIONE SISMA 2016. Scheda informativa per gli adempimenti previsti dalla Circolare del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 10494 del 10 febbraio 2017 resa dai titolari dell'istanza.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di beneficiario del Contributo in oggetto, 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

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

|   |   |
|---|---|
| <b>DATI RELATIVI ALLA DESTINAZIONE IN AUTONOMA SISTEMAZIONE</b> | Città _____                               |
|   | Indirizzo _____                           |
|   | N.ro civico _____ Cap _____ tel. _____    |
|   | <b>Titolo di occupazione:</b>             |
|   | <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 _____      |
|   | <b>Soluzione abitativa:</b>               |
|   | <input type="checkbox"/> Abitazione       |
|   | <input type="checkbox"/> Casetta          |
|   | <input type="checkbox"/> Camper           |
|   | <input type="checkbox"/> Roulotte         |
|   | <input type="checkbox"/> Altro _____      |

|   |                        |
|---|------------------------|
| <b>DATI RELATIVI AL PROPRIETARIO DEL<br/>LUOGO DI AUTONOMA SISTEMAZIONE</b> | Cognome _____          |
|   | Nome _____             |
|   | Data di nascita _____  |
|   | Città di nascita _____ |
|   | Codice Fiscale _____   |
|   | Partita IVA _____      |

**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 autonomo 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.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

In fede

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

Allega: copia del documento di identità del dichiarante.

Note:

la mancata consegna e la parziale compilazione, di tale allegato, comporterà la sospensione del pagamento del contributo C.A.S. sino al perfezionamento della pratica.