COMUNE DI MONTE CAVALLO
Provincia di Macerata

MODULO PER RICHIESTA DI STRUTTURE ABITATIVE DI EMERGENZA (S.A.E.)

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

Al Sindaco
del Comune di Monte Cavallo (MC)

Il sottoscritto (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 d.p.r. 445/2000, per chi attesta il falso, sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE

DATI PERSONALI:

NATO A_____IL_____

RESIDENTE A _____

VIA / PIAZZA_____N._____

CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | |

TEL. | | | | | | | | | | |

CRITERI DI PRIORITA' – SEGNARE CON UNA X I CRITERI POSSEDUTI.

- o Nuclei familiari che percepiscono il contributo di autonoma sistemazione (CAS)
- o Nuclei familiari destinatari di ordinanza di sgombero dell'immobile per l'avvio dei lavori di ripristino. (allegare documentazione a supporto di tale criterio)
- o Nuclei familiari già assegnatari di S.A.E. le cui dimensioni non risultano più idonee a seguito dell'aumento del numero dei componenti e/o a causa di mutate esigenze sanitarie certificate da ASUR o Area Vasta competente. (allegare documentazione a supporto di tale criterio)
- o Nuclei familiari provenienti da altro comune che percepiscono il CAS. (allegare documentazione a supporto di tale criterio)
- o Nuclei familiari già assegnatari di S.A.E. che a causa di comprovate necessità si trasferiscono in altro comune (mobilità verso altro comune). (allegare documentazione a supporto di tale criterio)

ULTERIORI CRITERI DI PRIORITA' – SEGNARE CON UNA X I CRITERI POSSEDUTI

- o Residenza Comune di Monte Cavallo
- o Presenza di componente con disabilità – invalidità 100%;
- o Maggior numero di figli;
- o Maggior numero di componenti ultra 65enni;

DATI SULLE PERSONE CHE VIVONO ABITUALMENTE CON IL SOTTOSCRITTO					
COGNOME	NOME	COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE*

*Padre/madre; figlio/figlia, marito/moglie, convivente, nonno/nonna, nipote, nuora/genero, suocero/suocera, cognato/cognata, coinquilino, altro (specifica la relazione).

Allegare alla presente:

Documento di riconoscimento in corso di validità.

DATA_____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____