

Oggetto: Integrazione C.A.S. – Contributo di autonoma sistemazione

Il sottoscritto:

Nome e Cognome:

Luogo e data di nascita:

Codice Fiscale:

DICHIARA QUANTO SEGUE:

ai sensi degli articoli 46-47, D.P.R. 445 del 28/12/2000, il sottoscritto consapevole delle conseguenze penali previste agli art. 75-76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, per chi attesta il falso, sotto la propria responsabilità:

COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE SGOMBERATO			
NOME	COGNOME	CODICE FISCALE	HANDICAP
TELEFONO			

ABITAZIONE SGOMBERATA SEDE ABITUALE E CONTINUATIVA DEL NUCLEO FAMILIARE	
VIA / PIAZZA	
N. CIVICO	
FRAZIONE	
FOGLIO	
PARTICELLA	
ORDINANZA DI SGOMBERO	N. DEL

ABITAZIONE SISTEMAZIONE TEMPORANEA	
VIA / PIAZZA	
N. CIVICO	
FRAZIONE	
TITOLO DI OCCUPAZIONE	
PROPRIETARIO	
NOME	
COGNOME	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	

....., li, Firma

* I dati devono essere comunicati al più presto all'Ufficio Sisma personalmente o tramite posta elettronica certificata all'indirizzo postacert@comune.campli.te.it
** Allegare alla presente la fotocopia del documento riconoscimento del dichiarante.