

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 dagli 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 CONTINUATICA 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	
PERIODO DI OCCUPAZIONE	DAL AL
<b>PROPRIETARIO</b>	
NOME	
COGNOME	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	

**ABITAZIONE SISTEMAZIONE TEMPORANEA**

VIA/PIAZZA	
N. CIVICO	
FRAZIONE	
TITOLO DI OCCUPAZIONE	
PERIODO DI OCCUPAZIONE	DAL                      AL
<b>PROPRIETARIO</b>	
NOME	
COGNOME	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	

**ABITAZIONE SISTEMAZIONE TEMPORANEA**

VIA/PIAZZA	
N. CIVICO	
FRAZIONE	
TITOLO DI OCCUPAZIONE	
PERIODO DI OCCUPAZIONE	DAL                      AL
<b>PROPRIETARIO</b>	
NOME	
COGNOME	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	

**ABITAZIONE SISTEMAZIONE TEMPORANEA**

VIA/PIAZZA	
N. CIVICO	
FRAZIONE	
TITOLO DI OCCUPAZIONE	
PERIODO DI OCCUPAZIONE	DAL                      AL
<b>PROPRIETARIO</b>	
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](mailto:postacert@comune.campli.te.it)

\*\* Allegare alla presente la fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante

\*\*\* specificare i dati per ogni cambio di autonoma sistemazione