Regione Liguria
Settore Protezione Civile

PROTEZIONE CIVILE
Regione Liguria

RICOGNIZIONE DEI NUCLEI FAMILIARI EVACUATI DALLA PROPRIA ABITAZIONE PRINCIPALE A SEGUITO DEGLI EVENTI DI CALAMITÀ NATURALE VERIFICATISI DAL 23 OTTOBRE AL 6 NOVEMBRE 2023.

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI _____

Il/La sottoscritto/a……...……

……

COMUNICA i dati relativi alla propria abitazione principale, abituale e continuativa evacuata a seguito degli eccezionali eventi metereologici occorsi **dal 23 ottobre al 6 novembre 2023.**

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione od uso di fatti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445,

DICHIARA

1. DATI DEL RICHIEDENTE

Nato/a a…….……..il……/……../…….

Residente al momento dell'evento nell'abitazione sita nel Comune di , ……..……..……

……

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

telefono | | | | | | | | | | | |

Mail/pec……

IN QUALITA' DI :

☐ proprietario dell'immobile evacuato, e residente nello stesso;

☐ utilizzatore dell'immobile evacuato, e residente nello stesso; [specificare il tipo di contratto (es. contratto di locazione, usufrutto)]

…….……...

.....

2. DICHIARO che l'immobile, adibito ad abitazione principale del nucleo familiare in oggetto, è stato evacuato <u>come conseguenza diretta dell'evento in oggetto</u>;

3. L'abitazione principale, a seguito dei danni occorsi, è stata oggetto:

☐ di Ordinanza Sindacale di Sgombero n. _____ del ____/____/____;

☐ (eventualmente) di revoca della predetta Ordinanza con Ord. n. ___ del ____/____/____;

☐ di verbale dei VVF_____ del ____/____/____;

e pertanto la sistemazione autonoma (<u>coperta con fondi propri, non a carico del Comune o di altro soggetto pubblico</u>) è durata dal 18 agosto 2022 al ____/____/____ (**indicare previsione se non è ancora terminata**);

4. indicare l'indirizzo dell'attuale domicilio:_____
_____

5. COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE (COMPRESO IL/LA SOTTOSCRITTO/A)

N	Nominativo	Data di nascita (GG/MM/AAAA)	Portatore di handicap o Disabile con percentuale di invalidità non inferiore al 67% (Si/No)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

6. **DICHIARO** inoltre di avere inteso che la presente ricognizione è finalizzata a quantificare le famiglie evacuate dalla propria residenza, e che per accedere ai contributi potranno essere richieste integrazioni al presente modulo;

7. COMUNICO i dati per la liquidazione di contributi che **potranno** essere stabiliti da successivi, appositi provvedimenti regionali o statali:

☐ Accredito su c/c bancario n.....presso ..... ABI .....CAB .....

IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

intestato a……....

☐ altra modalità (specificare)…….……
……
……..

data_____/_____/_____ **Firma** _____

N.B. Alla domanda dovrà necessariamente essere allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del "Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)", i dati personali raccolti e contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presene dichiarazione viene resa e al riguardo gli competono tutti i diritti previsi dagli articoli da 15 a 20 del suddetto Regolamento