ID beneficiario

# EVENTI ALLUVIONALI DEL 15 SETTEMBRE 2022

# SERRA SANT’ABBONDIO (PU)

Autocertificazione autonoma sistemazione

(Autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a [cognome\_nome] nato/a a [luogo nascita] \_ il [data nascita] residente a [città] CAP [res cap] Indirizzo [res via e numero] Tel./ Cell. email

CF

Consapevole delle conseguenze penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le falsità in atti e le dichiarazioni mendaci

# DICHIARA

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

## che alla data del 15 settembre l’abitazione principale, abituale e continuativa del proprio nucleo familiare era nell’immobile ubicato in

via civico località

## che l’immobile è

[opzioni: di proprietà, in comproprietà, altro diritto reale di godimento, in locazione, altro]

## ed è

[opzioni: abitazione principale, abitato ad altro titolo, locato, non adibito ad abitazione principale e non locato]

## che l’immobile è stato abbandonato dal 15/16 settembre

opzioni:

fino al tempo che è stato necessario a ripristinare la salubrità/funzionalità degli ambienti

fino al giorno in cui il nucleo familiare ha preso stabile dimora altrove; è ancora abbandonato perché non si è ancora ripristinata la salubrità/funzionalità degli

ambienti;

## che ai fini della determinazione del contributo per l’autonoma sistemazione previsto all’art.2 del OCDPC n 922 del 17 settembre 2022 “Primi interventi urgenti di protezione civile in conseguenza degli eccezionali eventi metereologici verificatisi a partire dal giorno 15 settembre 2022 in parte del territorio delle Province di Ancona e Pesaro-Urbino” alla data del 15/16 settembre nell’immobile era abitualmente e stabilmente residente il seguente nucleo familiare (barrare l’opzione interessata):

nucleo monofamiliare (previsto contributo pari a € 400,00 mensili) nucleo familiare composto da due unità (previsto contributo pari a € 500,00 mensili) nucleo familiare composto da tre unità (previsto contributo pari a € 700,00 mensili) nucleo familiare composto da quattro unità (previsto contributo pari a € 800,00 mensili) nucleo familiare composto da cinque o più unità (previsto contributo pari a € 900,00 mens)

## che nel nucleo familiare come sopra individuato è/sono presente/i n. persona/e di età superiore a 65 anni, portatore/i di handicap o disabile/i con una percentuale di invalidità non inferiore al 67% per cui è riconosciuto un contributo aggiuntivo di € 200,00 mensile per ognuno dei soggetti indicati

**COMUNICA**

Che l’eventuale contributo verrà versato nel conto corrente:

Banca /Poste Italiane S.p.A. (denominazione completa)

Agenzia/Filiale (denominazione completa) Codice IBAN:

dati identificativi dell’intestatario del conto corrente:

Sig. C.F. nato a il residente a , Via , n. .

***Informativa privacy ai sensi dell’art.13 GDPR***

*La presente procedura comporta il trattamento dei dati personali da parte del Comune di Senigallia nell’ambito delle attività di interesse pubblico e nell’esercizio dei pubblici poteri in materia di protezione civile. Il trattamento è effettuato con modalità manuali e informatiche. Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento del procedimento amministrativo e il mancato conferimento comporta l’annullamento del procedimento per l’impossibilità a realizzare l’istruttoria necessaria. Qualora richiesto potremmo utilizzare i dati di contatto per le situazioni di allerta alla popolazione. I dati raccolti sono quelli da Voi forniti con il presente modulo e saranno elaborati dal presente Comune, che agisce sulla base di specifiche istruzioni. I vostri dati possono essere comunicati ad altre amministrazioni così come previsto dalla normativa in vigore. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui agli artt.15 e ss. del Reg. (UE) 2016/679, nei limiti previsti dagli artt.23 GDPR, 2-undecies e 2-duodecies Codice Privacy, ivi compreso il diritto al Reclamo:* [*www.garanteprivacy.it.*](http://www.garanteprivacy.it/) *L’informativa completa e i dati di contatto del RPD sono disponibili nel sito web del Comune di Serra Sant’Abbondio o presso gli appositi uffici.*

**□ AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PER FINALITA’ DI PROTEZIONE CIVILE E ALLERTA ALLA POPOLAZIONE**

*Data Firma del dichiarante*

Si allega fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità