



COMUNE DI CAPITIGNANO

C.A.P. 67014 Provincia dell'Aquila - P.zza Municipio, 1

Telefono 0862905463 - P.I. 00164280661

“Modulo B” – assegnazioni per ragioni non legate all’emergenza terremoto a nuclei familiari residenti nel Comune di Capitignano alla data di pubblicazione del bando o che ne facciano richiesta entro 10 giorni dall’avvenuta assegnazione.

RICHIESTA ASSEGNAZIONE M.A.P. n. 5 Capitignano, Via della Stazione 4.

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.

Il Sottoscritto:

Cognome Nome
nato a , il/...../..... , residente a ,
in via , n., codice fiscale ,
mail , recapito telefonico

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,

CHIEDE

A norma del relativo bando in pubblicazione, l’assegnazione della Soluzione Abitativa di Emergenza (S.A.E.) n. 3 sita nella frazione Pago compatibile con la composizione del proprio nucleo familiare.

A tale scopo

DICHIARA

1) Che il nucleo familiare o di co-abitazione si compone dei seguenti individui oltre il richiedente:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo 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 (specificare la relazione).



COMUNE DI CAPITIGNANO

C.A.P. 67014 Provincia dell'Aquila - P.zza Municipio, 1

Telefono 0862905463 - P.I. 00164280661

2) (barrare una casella)

- il nucleo familiare oggetto della presente richiesta è residente alla data di pubblicazione del bando nel Comune di Capitignano (AQ).
- il nucleo familiare oggetto della presente richiesta NON è residente alla data di pubblicazione del bando nel Comune di Capitignano (AQ), ma si impegna a fare richiesta di residenza nell'alloggio assegnato entro 10 giorni dalla relativa assegnazione.

3) Di possedere i seguenti requisiti:

(barrare una casella)	SI	NO
Figli minori presente nel nucleo familiare o nel nucleo aggregato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Numero figli minori (indicare numero):		
Figli e/o persone diversamente abili presente nel nucleo familiare o nel nucleo aggregato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Numero figli o persone diversamente abili (indicare numero):		
Presenza di persone sopra 65 anni all'interno del nucleo familiare richiedente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Numero persone sopra 65 anni (indicare numero)		
Reddito annuo (riferito all'anno precedente la richiesta) fino a € 6.000,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oltre € 6.000,00 e fino a €12.000,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oltre 12.000,00 e fino a € 19.000,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si allega alla presente un documento di identità del richiedente in corso di validità.

Capitignano,

Firma

.....