

# Richiesta ospitalità presso struttura ricettiva

Spett.le **Sindaco del Comune di Provenienza**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e.p.c. C.O.R. Centro Operativo Regionale  
- Via Romana Vecchia, 06034 Foligno (PG)  
- [sanitassistenza@regione.umbria.it](mailto:sanitassistenza@regione.umbria.it) - Tel. +39 0742 630 812-3

Comune / C.O.C. relativo alla struttura ricettiva occupata al momento della richiesta

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_I\_ Sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

A \_\_\_\_\_ PR (\_\_\_\_\_) Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi  
(articolo 76, DPR n. 445/2000)

## DICHIARA

- Che il sottoscritto e il proprio nucleo familiare (di seguito specificato in dettaglio) al momento dell'evento sismico del \_\_\_\_\_ aveva l'abitazione principale, abituale e continuativa sita in

Comune \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) Frazione \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ Nr° \_\_\_\_\_

censita al catasto \_\_\_\_\_ al foglio n. \_\_\_\_\_ particella \_\_\_\_\_ sub \_\_\_\_\_

che i propri recapiti sono: telefono \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

- **Che il proprio nucleo familiare è composto come di seguito indicato (nella prima riga i dati del capo famiglia)**

	Codice Fiscale	Cognome	Nome	Recapito
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

- **Di avere presentato le seguenti richieste di assistenza ma che ad oggi non sono state attivate**

	Richiesta S.A.E. c/o il Comune di _____ prot. n. _____ del _____
	Richiesta MaPre c/o _____ prot. n. _____ del _____

**CHIEDE:**

di poter trasferire sé e/o il proprio nucleo familiare, a far data dal \_\_\_\_\_ presso una delle strutture ricettive che hanno manifestato interesse ad ospitare e quindi inserite elenco pubblicato nel sito della Regione Umbria, per i seguenti motivi:

<input type="checkbox"/>	Ricongiungimento familiare
<input type="checkbox"/>	Avvicinamento per motivi di lavoro / studio
<input type="checkbox"/>	Altro:

**Struttura ricettiva ATTUALE**

Comune	Denominazione	Tipo Camera

**Di seguito si segnala Comune e Struttura ricettiva gradita**

Comune	Denominazione	Tipo Camera

**Segnalazioni varie**


I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. L'interessato potrà accedere ai dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco (informativa prevista dall'art. 13, Dlgs n. 196/2003).

Luogo / Data

Firma

\_\_\_\_\_  
 \*\* Si allega alla presente copia del documento di riconoscimento in corso di validità

**Sezione riservata al COMUNE**

Relativamente alla richiesta di sopralluogo per l'abitazione in argomento, da parte dei Sig.ri \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ censita al Foglio \_\_\_\_\_ P.IIa \_\_\_\_\_ Sub \_\_\_\_\_ la situazione è la seguente:

<input type="checkbox"/>	<b>Richiesta di sopralluogo non ancora eseguita</b>
<input type="checkbox"/>	Scheda F.A.S.T. Squadra id _____ Scheda n. _____ del _____ Esito _____
<input type="checkbox"/>	Scheda AeDES n. _____ del _____ Esito _____
<input type="checkbox"/>	Abitazione dichiarata inagibile con ordinanza sindacale n. _____ del _____ Esito tipo _____

Si autorizza le persone sopra riportate in quanto in possesso dei requisiti necessari richiesti dalle circolari 6588/2016, 70167/2016, 954/2017, 8341/2017, 8689/2017, 8829/2017, 9276/2017 e successive.

Visto / Si autorizza

Luogo / Data

Il Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)