

**OGGETTO: EMERGENZA COVID-19 - Avviso Pubblico per l'Assegnazione temporanea di alloggi MAP -
DOMANDA**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____
residente a _____ C.A.P. _____
Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____
Mail _____

a conoscenza del contenuto dell'avviso pubblico per l'assegnazione temporanea di alloggi MAP a individui che operano in ambiti ad alto rischio di esposizione al contatto epidemiologico conviventi con soggetti deboli, immunodepressi, affetti da patologie cardio-respiratorie e altre sensibili all'aggressione del virus COVID-19;

consapevole che l'assegnazione degli alloggi avverrà subordinatamente alla effettiva disponibilità di alloggi liberi,

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria dei soggetti in possesso dei requisiti per l'accesso agli alloggi MAP.

A tale scopo, sotto la propria responsabilità civile e penale, consapevole delle disposizioni contenute nel D.L.vo n. 109/1998 e successive modifiche e integrazioni nonché delle sanzioni previste, in caso di false dichiarazioni, dal D.P.R. 445/2000, rilascia le seguenti **DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTI DI NOTORIETÀ.**

DICHIARA

a) Di avere regolare contratto di lavoro presso

Dalla data con scadenza

e che è esposto per tale motivo a rischio di contatto epidemiologico;

b) Di convivere nella stessa dimora con il sig.

Nato a il

Residente a via

C.F. Tel.....

Affetto dalla seguente patologia (si allega documentazione comprovante):

.....

c) Che il reddito ISEE 2020 (periodo di imposta 2019) è pari ad Euro: e
(barrare una delle due caselle)

allega copia del modello ISEE 2020;

si impegna a depositare copia del modello ISEE 2020 appena disponibile.

DICHIARA ALTRESÌ (barrare le voci di interesse)

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di Stato appartenente all'Unione Europea;
- di essere cittadino di Stato non appartenente all'Unione Europea, in possesso del permesso di soggiorno di lungo periodo;
- di essere residente nel Comune di Tornimparte;
- di operare con regolare contratto di lavoro in ambito ad alto rischio di esposizione al contatto epidemiologico e conviventi con soggetti deboli, immunodepressi, affetti da patologie cardio-respiratorie e altre sensibili all'aggressione del virus COVID-19

Il/La sottoscritto/a chiede inoltre che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga inviata:

- al luogo di residenza
- oppure al seguente indirizzo: _____

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione, sollevando fin d'ora il CENTRO OPERATIVO COMUNALE (C.O.C.), da qualsiasi responsabilità in conseguenza di variazione di residenza e/o di recapito non opportunamente segnalata.

Si impegna, altresì, a produrre tutta la documentazione che il CENTRO OPERATIVO COMUNALE (C.O.C.), eventualmente ritenesse necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile, nei termini e modalità richiesti.

Allega alla presente i seguenti documenti:

- copia di documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del soggetto convivente affetto da patologia;
- copia del modello ISEE 2020, riferito al periodo d'imposta 2019;
- (in alternativa al punto precedente nel caso in cui non lo si abbia a disposizione) dichiarazione di impegno a depositare presso questa amministrazione copia del modello ISEE 2020 appena disponibile (pagina 1 della presente Domanda);
- copia documentazione comprovante la patologia del soggetto convivente;

Luogo e data

Firma del/della dichiarante

Ai sensi del Regolamento (Ue) 2016/679, i dati personali verranno trattati esclusivamente per le finalità di cui al presente avviso pubblico. Il richiedente, debitamente informato, dovrà autorizzare il trattamento dei dati ai fini del presente avviso.

Autorizzazione al trattamento dei dati

Il/La sottoscritto/a..... nato a
il..... Residente a via.....
autorizza il Comune di Tornimparte al trattamento dei dati per le finalità sopra indicate.

Luogo e data

Firma del/della dichiarante