

**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