



## AVVISO PUBBLICO

**"Misure straordinarie e urgenti a sostegno delle famiglie per fronteggiare l'emergenza economico - sociale derivante dalla pandemia SARS-CO V2"**

### DOMANDA

La/Il	Sottoscritta/o	_____					
nata/o	a	_____	il	_____	residente		
a	_____	in via	_____	nr	_____	interno	_____
Numero di telefono		_____	Codice Fiscale	_____			
identificata/o a mezzo di (estremi del documento di identità)		_____					
n.	_____	rilasciata	il	_____	da		
_____							

**richiede di poter beneficiare delle misure di cui alla Legge Regionale n. 12 del 8 aprile 2020.**

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

### DICHIARA

- 1) che la famiglia convivente alla data del 23.02.2020 è composta come risulta dal seguente prospetto;

Cognome e nome	M/F	Ruolo	Età	Stato civile	Professione alla data del 23.02.2020

- 2) che l'indirizzo di residenza e domicilio del nucleo familiare alla data del 23.02.2020 è il seguente: \_\_\_\_\_
- 3) dichiara che i componenti del proprio nucleo familiare si trovano in una delle seguenti condizioni:
- lavoratori dipendenti o autonomi che hanno subito una sospensione o una riduzione di attività lavorativa per eventi riconducibili all'emergenza epidemiologica da Covid-19 e i cui datori di lavoro non abbiano acceduto alle forme di integrazione salariale o vi siano transitati a seguito del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18;*
  - lavoratori titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa iscritti alla gestione separata di categorie economiche la cui attività è stata sospesa o ridotta a seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19;*
  - titolari di partita IVA, ovvero soci di società iscritti alla gestione dell'assicurazione generale obbligatoria (AGO) di categorie economiche la cui attività è stata sospesa o ridotta a seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19;*
  - collaboratori di imprese familiari di categorie economiche la cui attività è stata sospesa o ridotta a seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19;*
  - privo di reddito di lavoro o di impresa alla data del 23 febbraio 2020.*
- 4) dichiara che, relativamente al periodo 23.02.2020/23.04.2020, il reddito del proprio nucleo familiare è inferiore a € 800,00 mensili netti;
- 5) dichiara di non trovarsi nella situazione di esclusione di cui all'art. 2 dell'avviso;
- 6) di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare;



di ricevere i seguenti contributi pubblici: *(specificare tipo di contributo e importo percepito)*  
*es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre*  
*forme di sostegno previste a livello locale o regionale*

\_\_\_\_\_ pari a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ pari a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ pari a \_\_\_\_\_

Di aver fatto richiesta del contributo di cui al Decreto Legge n. 18/2020 (Contributo 600,00 euro) e di averlo già incassato;

Di aver fatto richiesta del contributo di cui al Decreto Legge n. 18/2020 (Contributo 600,00 euro) e di non averlo ancora incassato.

- 7) Dichiaro di aver preso visione dell'Avviso pubblico contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.
- 8) Dichiaro inoltre:
- 9) Codice IBAN su cui si chiede l'accredito dell'indennità:

Luogo/data

La/Il dichiarante\*

\_\_\_\_\_

Allega obbligatoriamente:

- Fotocopia del Documento di identità

N.B. Nel caso di invio della domanda con la modalità e-mail non è necessaria la firma autografa

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Testo unico della normativa sulla documentazione amministrativa, D.P.R. 28/12/2000 n° 445, art. 47)

La/Il	Sottoscritta/o	_____
nata/o	a	_____ il _____ residente
a	_____ in via _____ nr _____ interno _____	
Numero di telefono	_____	Codice Fiscale _____
identificata/o	a mezzo di (estremi del documento di identità)	_____
n.	_____ rilasciata	il _____ da _____
_____		

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità e a INTEGRAZIONE DELL'ISTANZA "Misure straordinarie e urgenti a sostegno delle famiglie per fronteggiare l'emergenza economico - sociale derivante dalla pandemia SARS-CO V2"

## DICHIARA, PER SÉ E PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE

**di aver ricevuto/non aver ricevuto, nel periodo dal 23.02.2020 al 23.04.2020, i seguenti contributi pubblici (è fatto obbligo di crociare il no o il si):**

### Reddito di cittadinanza:

- NO
- SI pari a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_  
pari a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_

### Reis:

- NO
- SI pari a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_  
pari a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_

### Bonus Bebè o assegno di maternità

- NO
- SI pari a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_  
pari a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_

### Carta acquisti ordinaria

- NO
- SI pari \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_  
pari \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_

### Pensioni (vecchiaia, invalidità, reversibilità, Indennità di Frequenza...) dichiarante

- NO
- SI pari \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_  
pari \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_

### Pensioni (vecchiaia, invalidità, reversibilità, Indennità di Frequenza...) altri componenti

- NO
- SI pari \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_  
pari \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_

pari \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_  
pari \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_

### Mantenimento al coniuge e figli

- NO
- SI pari \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_  
pari \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_

### NASPI, Cassa Integrazione, Ape Volontaria, o altri ammortizzatori sociali

#### Dichiarante

- NO
- SI pari \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_  
pari \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_
- di aver fatto richiesta ma di non avere ancora percepito nessun importo, ma di sapere:
- che l'ammortizzatore decorrerà dal \_\_\_\_\_
  - che l'importo spettante sarà di \_\_\_\_\_ mensili

### NASPI, Cassa Integrazione, Ape Volontaria, o altri ammortizzatori sociali

#### Altri componenti

- NO
- SI pari \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_  
pari \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ titolare \_\_\_\_\_
- di aver fatto richiesta ma di non avere ancora percepito nessun importo
- di aver fatto richiesta ma di non avere ancora percepito nessun importo, ma di sapere:
- che l'ammortizzatore decorrerà dal \_\_\_\_\_
  - che l'importo spettante sarà di \_\_\_\_\_ mensili
- Totale importi percepiti
- di essere consapevole che l'importo del contributo spettante sarà la differenza tra l'importo massimo concedibile e l'importo dell'ammortizzatore
- di essere consapevole che qualora non venga dichiarato l'importo spettante dell'ammortizzatore la domanda verrà sospesa fino all'ottenimento, non essendo possibile conteggiare il contributo spettante

### Contributo di cui al Decreto Legge n. 18/2020

- Di aver fatto richiesta del contributo di cui al Decreto Legge n. 18/2020 (Contributo 600,00 euro) a nome di \_\_\_\_\_ e
- di non averlo ancora incassato
  - di averlo incassato in data \_\_\_\_\_

SORSO

SALVA E INVIA VIA MAIL ALL'INDIRIZZO  
protocollo@comune.sorso.ss.it

SALVA E INVIA VIA PEC ALL'INDIRIZZO  
protocollo@pec.comune.sorso.ss.it

STAMPA E CONSEGNA A MANO  
ALL'UFFICIO PROTOCOLLO

FIRMATO