Allegato 4: MODELLO DOMANDA

|  |  |
| --- | --- |
|  | C O M U N E D I P L O A G H E  PROVINCIA DI SASSARI  ***Servizio Socio Assistenziale, Cultura, Istruzione, Sport e Spettacolo***  Piazza San Pietro n°1 – Tel. 079/4479901/928  e-mail servizisociali@comune.ploaghe.ss.it |

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 \_\_\_\_/\_\_\_. Int.\_\_\_\_\_

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 dei 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)

D I C H I A R A

1) che la famiglia convivente ( residenti e domiciliate) alla data del 23.02.2020 è composta come risulta dal seguente prospetto;

1/3

Allegato 4: MODELLO DOMANDA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 famigliare 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 IV , ovvero soci di societă 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 per un importo pari a d € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

5) dichiara di non trovarsi nella situazione di esclusione di cui all’art. 2 dell’avviso͖

6)  di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo

familiare;

2/3

Allegato 4: MODELLO DOMANDA

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) dichiara che l’IBAN della carta prepagata o del conto corrente è il seguente: IT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato al sottoscritto

8) Dichiara di aver preso visione dell’ vviso pubblico contenente l’informativa per il trattamento   
 dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Luogo/data

La/Il dichiarante\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega la carta di identità del richiedente o altro documento equipollonte

\*nel caso di impossibilită alla sottoscrizione l’Ufficio accerteră l’identită del richiedente.

3/3