**ALLEGATO 2**

**MODULO PER LA RICHIESTA DI CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO STRAORDINARIO “ASSEGNO FISSO MENSILE”**

**ai sensi della Deliberazione di Consiglio Comunale n. 39 del 19.11.2017 del “*Regolamento comunale per l’erogazione di un contributo a favore di coloro che hanno previsto la delocalizzazione all'interno dell'Area P.I.P. o ai sensi della lettera a), b) e d) dell’Ordinanza n. 9/2016 del Commissario Straordinario per la Ricostruzione”***

AL SINDACO DEL COMUNE DI AMATRICE

IL SOTTOSCRITTO

NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO STRAORDINARIO IN OGGETTO IN QUANTO :

* titolare di attività economiche commerciali, artigianali con sede operativa effettiva, o di somministrazione, professionista o lavoratore autonomo titolare di partita iva, artigiano imprenditore di qualsiasi tipo, che ha presentato istanza di delocalizzazione ai sensi della lettera c) dell'art. 1 comma 2 della citata Ordinanza 9/2016 all'interno dell'area PIP di Torrita;
* titolare di attività economiche commerciali, artigianali con sede operativa effettiva, o di somministrazione, professionista o lavoratore autonomo titolare di partita iva, artigiano imprenditore di qualsiasi tipo, che ha presentato istanza di delocalizzazione ai sensi delle lettere b) e d) dell'art. 1 comma 2 della citata Ordinanza 9 nel territorio di Amatrice e ancora non hanno completato le azioni necessarie a rendere attiva la propria attività;
* lavoratori dipendenti che siano stati licenziati o abbiano perso la propria occupazione, a seguito del sisma del 24 agosto, per cessazione dell’attività economica di cui sopra ai precedenti punti da parte del proprio datore di lavoro e che non accedono ad altre forme di sostentamento al reddito;

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE PENALI PREVISTE AGLI ARTT. 75 E 76 DEL D.P.R 445/2000, PER CHI ATTESTA IL FALSO, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

|  |
| --- |
| DATI PERSONALI  |
|  |
| NATO A |  | IL |  \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ |  |
|  |
| RESIDENTE A |  |  |
|  |
| VIA/PIAZZA |  | N. |  |  |  |  |  |
|  |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TEL. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| RESIDENZA AL 24 AGOSTO 2016 (compilare se la residenza al 24 agosto 2016 era diversa dalla residenza indicata al punto precedente) |
|  |
|  |
| COMUNE |  |  |
|  |
| VIA/PIAZZA |  | N. |  |  |  |  |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| DATI SULLE PERSONE CHE VIVONO ABITUALMENTE CON IL SOTTOSCRITTO  |
| COGNOME | NOME | COMUNE DI NASCITA  | DATA DI NASCITA | GRADO DI PARENTELA\* | CODICE FISCALE |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*padre/madre, figlio/figlia, marito/moglie, convivente, nonno/nonna, nipote, nuora/genero, suocero/suocera, cognato/cognata, coinquilino, altro (specificare la relazione).

TRA I NOMINATIVI ELENCATI VI SONO I SEGUENTI PORTATORI DI HANDICAP O DISABILI CON INVALIDITÀ NON INFERIORE AL 67%:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | PERCENTUALE DI INVALIDITA' | CODICE FISCALE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

TRA I NOMINATIVI ELENCATI VI SONO I SEGUENTI FIGLI MINORI:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | CODICE FISCALE |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. PER TITOLARI DI ATTIVITA’ ECONOMICA (ART 1 COMMA 1):
	1. CHE ALLA DATA DEL 24 AGOSTO ERA TITOLARE DELLA ATTIVITA’ DI …………………………………………………………………………………RELATIVA A .......……...………………………………………………………………………………… ESERCITATA NEI LOCALI SITI IN …………………………………………………………………………………………..................................................................................... P. IVA ……………………………………………………………………………..
	2. CHE A SEGUITO DEL SISMA DEL 24 AGOSTO HA VISTO SOSPESA LA PROPRIA ATTIVITA' LAVORATIVA A PER INAGIBILITA' DELLA PROPRIA SEDE;
	3. CHE LA PROPRIA ATTIVITA' AVEVA SEDE LEGALE E/O OPERATIVA AL FABBRICATO DISTINTO:

- FOGLIO \_\_\_ PARTICELLA \_\_\_\_\_\_ CLASSIFICATO \_\_\_\_\_\_

- FOGLIO \_\_\_ PARTICELLA \_\_\_\_\_\_ CLASSIFICATO \_\_\_\_\_\_

- FOGLIO \_\_\_ PARTICELLA \_\_\_\_\_\_ CLASSIFICATO \_\_\_\_\_\_

- FOGLIO \_\_\_ PARTICELLA \_\_\_\_\_\_ CLASSIFICATO \_\_\_\_\_\_

* 1. DICHIARA CHE HA PRESENTATO DOMANDA DI DELOCALIZZAZIONE:

🗆 PRESSO L'AREA PIP DI TORRITA;

🗆 PRESSO AREA IN DISPONIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 1 COMMA 2 LETTERA A) ED IN PARTICOLARE L'AREA DISTINTA:

* FOGLIO \_\_\_ PARTICELLA \_\_\_\_\_\_

🗆 PRESSO AREA IN DISPONIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 1 COMMA 2 LETTERA B) ED IN PARTICOLARE L'AREA DISTINTA :

 - FOGLIO \_\_\_ PARTICELLA \_\_\_\_\_\_

🗆 PRESSO AREA IN SAE AI SENSI DELL'ART. 1 COMMA 2 LETTERA D) ED IN PARTICOLARE L'AREA DISTINTA:

* FOGLIO \_\_\_ PARTICELLA \_\_\_\_\_\_ AREA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. PER DIPENDENTI DELLE ATTIVITA’ ECONOMICHE:
	1. CHE ALLA DATA DEL 24 AGOSTO ERA DIPENDENTE DELL'ATTIVITA’ …………………………………………………………………………………………................... P. IVA ……………………………………………………………………………..
	2. CHE A SEGUITO DEL SISMA DEL 24 AGOSTO HA SOSPESO LA PROPRIA ATTIVITA' LAVORATIVA DIPENDENTE;
	3. CHE IL CONTRATTO DI LAVORO CON LA DITTA........................................... ERA

- A TEMPO DETERMINATO CON SCADENZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- A TEMPO INDETERMINATO

* 1. CHE NON ACCEDE AD ALTRE FORME DI SOSTEGNO AL REDDITO QUALI, A TITOLO ESEMPLIFICATIVO, NASPI, CASSA INTEGRAZIONE, ECC.

**DICHIARA, INOLTRE**

RECAPITI DEL SOTTOSCRITTO A CUI INVIARE COMUNICAZIONI:

INDIRIZZO……………………………………..

TELEFONO……………………………………

EMAIL……………………………………………

IL SOTTOSCRITTO ALLEGA LA SEGUENTE (EVENTUALE) DOCUMENTAZIONE, A PROVA DI QUANTO DICHIARATO:

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

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

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

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

IL SOTTOSCRITTO, INFINE, SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE, ENTRO 5 GIORNI LAVORATIVI, AL COMUNE DI AMATRICE OGNI VARIAZIONE CHE DOVESSE INTERVENIRE IN ORDINE ALLE DICHIARAZIONI RESE.

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, AI SENSI DEL D.LGS. 196 DEL 30 GIUGNO 2003.

**NOTE. LEGGERE CON ATTENZIONE:**

1. La presente domanda costituisce dichiarazione sostitutiva di certificato e di atto notorio (artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000). Ai sensi dell’art 75, DPR n. 445/2000 chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L’esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
2. Ai sensi dell’art. 71 del DPR 445/2000 il Comune è tenuto ad effettuare idonei controlli anche a campione ed in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui ai richiamati artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000, entro la data di scadenza dello stato di emergenza.
3. Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art 75 DPR 445/2000) ed è tenuto alla restituzione di ogni somma percepita.
4. **Qualora la presente domanda non venga sottoscritta davanti ad un pubblico ufficiale del Comune abilitato a riceverla, ma venga presentata da terzi o spedita tramite posta o PEC-POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA, alla domanda dovrà essere allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità**.

DATA……………………………

FIRMA DEL DICHIARANTE……………………………………………

SPAZIO RISERVATO AL COMUNE PER NOTE:

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

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

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

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