

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

**ai sensi della Deliberazione di Consiglio Comunale n. 1010 del 7/12/2016 e del “Regolamento comunale per l'erogazione di un contributo a favore di coloro che hanno visto ridotto il proprio volume d'affari a seguito del sisma del 24 agosto 2016”**

AL SINDACO DEL COMUNE DI AMATRICE

IL SOTTOSCRITTO

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO STRAORDINARIO IN OGGETTO IN QUANTO :

- TITOLARE DI ATTIVITÀ ECONOMICA COMMERCIALE, ARTIGIANALE CON SEDE OPERATIVA EFFETTIVA, O DI SOMMINISTRAZIONE OVVERO PROFESSIONISTA O LAVORATORE AUTONOMO TITOLARI DI PARTITA IVA, ARTIGIANO SENZA SEDE OPERATIVA EFFETTIVA CHE HA VISTO RIDOTTO IL PROPRIO VOLUME D’AFFARI AI SENSI DEL REGOLAMENTO;
- SOGGETTO DI CUI ALL’ARTICOLO 3 COMMA 2 LETT. A) E B) DEL “**NUOVO REGOLAMENTO COMUNALE PER L’EROGAZIONE DI UN ASSEGNO FISSO MENSILE A FAVORE DI COLORO CHE HANNO SOSPESO L’ATTIVITÀ LAVORATIVA O PERSO IL POSTO DI LAVORO A SEGUITO DEL SISMA DEL 24 AGOSTO 2016**”, APPROVATO CON DELIBERA DI CONSIGLIO COMUNALE N. 1009 DEL 7/12/2016 CHE HA VISTO O VEDRA’ SOSPESO TALE CONTRIBUTO SVOLGENDO UN’ATTIVITÀ LAVORATIVA DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO ALLE DIPENDENZE DI ALTRO SOGGETTO NELLE MORE DELLA RIAPERTURA DELLA PROPRIA ATTIVITÀ

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            | <input type="text"/> | I<br>L | <input type="text"/> |
| RESIDENTE<br>A    | <input type="text"/> |        |                      |
| VIA/PIAZ<br>ZA    | <input type="text"/> | N.     | <input type="text"/> |
| CODICE<br>FISCALE | <input type="text"/> | TEL    | <input type="text"/> |

### RESIDENZA AL 24 AGOSTO 2016 (compilare se la residenza al 24 agosto 2016 era diversa dalla residenza indicata al punto precedente)

|                |                      |    |                      |
|----------------|----------------------|----|----------------------|
| COMUNE         | <input type="text"/> |    |                      |
| VIA/PIAZ<br>ZA | <input type="text"/> | N. | <input type="text"/> |

### DATI SULLE PERSONE CHE VIVONO ABITUALMENTE CON IL SOTTOSCRITTO

| COGNOME | NOME | COMUNE DI<br>NASCITA | DATA DI<br>NASCITA | GRADO DI<br>PARENTELA<br>* | 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<br>DI<br>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 COMMI 1 E 2) :

a) CHE ALLA DATA DEL 24 AGOSTO ERA TITOLARE DELLA ATTIVITA' DI  
..... RELATIVA A  
.....  
ESERCITATA NEI LOCALI SITI IN .....  
.....  
P. IVA .....

b) CHE A SEGUITO DEL SISMA DEL 24 AGOSTO HA PERSO VISTO RIDOTTO IL  
PROPRIO VOLUME D'AFFARI CALCOLATO AI SENSI DELL'ART. 4;

c) DICHIARA CHE IL PROPRIO VOLUME D'AFFARI PER IL 2015 E' STATO PARI AD  
€ \_\_\_\_\_

d) DICHIARA CHE IL PRORPIO VOLUME D'AFFARI PER I MESI SUCCESSIVI AL  
SISMA E' PARI A:

- SETTEMBRE: € \_\_\_\_\_

- OTTOBRE: € \_\_\_\_\_

e) CHE PROVVEDERA', ENTRO IL GIORNO 10 DEL MESE SUCCESSIVO, ALLA  
COMUNICAZIONE DEL VOLUME D'AFFARI PER GLI ALTRI MESI DEL CONTRIBUTO;

2. PER I SOGGETTI DI CUI ALL'ARTICOLO 3 COMMA 2 LETT. A) E B) DEL "NUOVO  
**REGOLAMENTO COMUNALE PER L'EROGAZIONE DI UN ASSEGNO FISSO MENSILE A  
FAVORE DI COLORO CHE HANNO SOSPESO L'ATTIVITÀ LAVORATIVA O PERSO IL  
POSTO DI LAVORO A SEGUITO DEL SISMA DEL 24 AGOSTO 2016**", APPROVATO CON  
DELIBERA DI CONSIGLIO COMUNALE N. \_\_\_ DEL \_\_\_\_\_ :

- CHE HA VISTO O VEDRA' SOSPESO TALE CONTRIBUTO SVOLGENDO UN'ATTIVITÀ  
LAVORATIVA DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO ALLE DIPENDENZE DI

\_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ NELLE MORE DELLA  
RIAPERTURA DELLA PROPRIA ATTIVITÀ;

- CHE E' PRECISA VOLONTA' DEL SOTTOSCRITTO RIPRENDERE QUANTO PRIMA LA PROPRIA ATTIVITA' ECONOMICA E DI ESSERE PRONTO AD ASSENCONDARE OGNI INIZIATIVA CHE L'AMMINISTRAZIONE PUBBLICA IN TAL SENSO AVVIERA'.

**DICHIARA, INOLTRE**

- a) DI NON PERCEPIRE ALTRI REDDITI DA LAVORO OLTRE QUELI GIA' DICHIARATI

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:**

- i. 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.
- ii. 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.

- iii. 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.
- iv. **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:

PROTOCOLLO VECCHIA DOMANDA N. \_\_\_\_\_

MAGGIORAZIONE CAS SI NO

---

---

---

---