

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

**ai sensi della Deliberazione di Consiglio Comunale n. 1009 del 7/12/2016 e 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”**

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 CHE SIANO SOSPENSE ALLA DATA DEL 24 AGOSTO E PERTANTO PRIVI DI REDDITO DI LAVORO;
- LIBERO PROFESSIONISTA, LAVORATORE AUTONOMO DOTATO DI PARTITA IVA O LAVORATORE ATIPICO CHE ABBA SOSPESO TOTALMENTE L'ESERCIZIO DELLA PROPRIA ATTIVITÀ A CAUSA DEL SISMA E PERTANTO PRIVO DI REDDITO DI LAVORO;
- LAVORATORE DIPENDENTE LICENZIATO O CHE HA PERSO LA PROPRIA OCCUPAZIONE, A SEGUITO DEL SISMA DEL 24 AGOSTO, PER CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ ECONOMICA DA PARTE DEL PROPRIO DATORE DI LAVORO E CHE NON ACCEDE 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	<input type="text"/> I L <input type="text"/>
RESIDENTE A	<input type="text"/>

VIA/PIAZZA	<input type="text"/>	N.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	TEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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/PIAZZA	<input type="text"/>
	N. <input type="text"/>

**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 3) :

- a) CHE ALLA DATA DEL 24 AGOSTO ERA TITOLARE DELLA ATTIVITA' DI ..... RELATIVA A .....  
 ESERCITATA NEI LOCALI SITI IN .....
- b) CHE OLTRE AL SOTTOSCRITTO PRESTAVANO LA PROPRIA ATTIVITA' , NELLA QUALITA' DI DIPENDENTI:

COGNOME	NOME	QUALIFICA	CODICE FISCALE

- c) CHE A SEGUITO DEL SISMA DEL 24 AGOSTO I LOCALI DOVE SVOLGEVA LA PROPRIA ATTIVITA' SONO STATI DICHIARATI INAGIBILI;
- d) DI ESSERE TITOLARE DELLA SEGUENTE PARTITA IVA:  
 \_\_\_\_\_ ;
- e) CHE A SEGUITO DEL SISMA DEL 24 AGOSTO HA PERSO OGNI FORMA DI REDDITO PROVENIENTE DALLA ANZIDETTA ATTIVITA';
- f) 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'.
- g) CHE HA RIAVVIATO LA PROPRIA ATTIVITA' IN DATA \_\_\_\_\_  
*(barrare la voce in caso di attività ancora sospesa);*
- h) CHE A FAR DATA DAL \_\_\_\_\_ SVOLGE ALTRO LAVORO, IN PARTICOLARE PRESSO \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ *(barrare la voce in caso non si svolga altra attività lavorativa);*

**2.** PER I LIBERI PROFESSIONISTI, LAVORATORI AUTONOMI DOTATI DI PARTITA IVA E LAVORATORI ATIPICI CHE ABBIANO SOSPESO TOTALMENTE L'ESERCIZIO DELLA PROPRIA ATTIVITÀ A CAUSA DEL SISMA E PERTANTO PRIVI DI REDDITO DI LAVORO. (ART. 1 COMMA 4):

- a) CHE, ALLA DATA DEL 24 AGOSTO 2016, SVOLGEVA LA SEGUENTE ATTIVITA' PRESSO \_\_\_\_\_, CON SEDE NEL COMUNE DI AMATRICE, VIA \_\_\_\_\_;
- b) CHE OLTRE AL SOTTOSCRITTO PRESTAVANO LA PROPRIA ATTIVITA' , NELLA QUALITA' DI DIPENDENTI:

COGNOME	NOME	QUALIFICA	CODICE FISCALE

- c) CHE A SEGUITO DEL SISMA DEL 24 AGOSTO I LOCALI DOVE SVOLGEVA LA PROPRIA ATTIVITA' SONO STATI DICHIARATI INAGIBILI;
- d) DI ESSERE TITOLARE DELLA SEGUENTE PARTITA IVA: \_\_\_\_\_;
- e) DI ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO / ORDINE PROFESSIONALE: \_\_\_\_\_ (se iscritto);
- f) CHE A SEGUITO DEL SISMA DEL 24 AGOSTO HA PERSO OGNI FORMA DI REDDITO PROVENIENTE DALLA ANZIDETTA ATTIVITA';
- g) 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'.
- h) CHE HA RIAVVIATO LA PROPRIA ATTIVITA' IN DATA \_\_\_\_\_ (barrare la voce in caso di attività ancora sospesa);
- i) CHE A FAR DATA DAL \_\_\_\_\_ SVOLGE ALTRO LAVORO, IN PARTICOLARE PRESSO \_\_\_\_\_ (barrare la voce in caso non si svolga altra attività lavorativa);

**3. PER LAVORATRICI/LAVORATORI DIPENDENTI (ART. 1 COMMA 5):**

- a) CHE, ALLA DATA DEL 24 AGOSTO 2016, ERA LAVORATRICE/LAVORATORE DIPENDENTE, ASSUNTO CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO/INDETERMINATO ovvero ERA COLLABORATORE COORDINATO E CONTINUATIVO PRESSO LA SOCIETÀ / AZIENDA / STUDIO PROFESSIONALE \_\_\_\_\_, CON SEDE NEL COMUNE DI AMATRICE, VIA \_\_\_\_\_;
- b) CHE, A SEGUITO DEL SISMA DEL 24 AGOSTO 2016 HA PERSO IL PROPRIO POSTO DI LAVORO E RELATIVO REDDITO DI SOSTENTAMENTO;
- c) CHE NON ACCEDE AD ALTRE FORME DI SOSTENTAMENTO AL REDDITO (es. cassa integrazione, assegno di disoccupazione ecc.);

d) CHE A FAR DATA DAL \_\_\_\_\_ SVOLGE ALTRO LAVORO, IN PARTICOLARE  
PRESSO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (barrare la voce in caso non si svolga altra attività lavorativa);

**DICHIARA, INOLTRE**

a) DI NON PERCEPIRE ALTRI REDDITI DA LAVORO

*Ovvero*

b) DI PERCEPIRE ALTRI REDDITI A FAR DATA DAL \_\_\_\_\_;

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:

---

---

---

---