

Al Comune di Laconi  
Piazza Marconi 1  
08034 LACONI

### AVVISO PUBBLICO

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

### DOMANDA

La/I	Sottoscritta/	_____
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 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, ossia "non beneficiano dell'Indennità i nuclei familiari composti fino a tre persone nei quali almeno un componente percepisca a una pensione o un reddito derivante da lavoro dipendente o da attività lavorativa non sospesa o non ridotta per eventi riconducibili all'emergenza epidemiologica da Covid-19, il cui importo sia uguale o superiore a euro 800";

- 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.

Luogo/data

La/Il dichiarante\*

\_\_\_\_\_

*\*nel caso di impossibilità alla sottoscrizione l'Ufficio accerterà l'identità del richiedente.*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

CHIEDE

Che la riscossione dei benefici in suo favore di cui all'oggetto avvenga tramite:

RISCOSSIONE DIRETTA PRESSO GLI SPORTELLI DEL BANCO DI SARDEGNA

ACCREDITO IN CONTO CORRENTE INTESTATO/COINTESTATO AL RICHIEDENTE LA MISURA (NOME E COGNOME) \_\_\_\_\_

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

Luogo/data

La/Il dichiarante