



COMUNE DI SAN TEODORO

(Provincia di Sassari)

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Via Grazia Deledda, snc – 07052 San Teodoro (SS)– tel. 0784/8600, fax 0784/865192

pec. servizisociali@pec.comunesanteodoro.it

DOMANDA

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

Io Sottoscritto:

Nome

Cognome

Codice Fiscale

Telefono di contatto

Residente a San Teodoro in Via

Email

Identificato a mezzo (di carta identità o patente)

Rilasciata 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** alla data del 23.02.2020 è il seguente:

che l'indirizzo **domicilio** 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;

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

che all'interno del proprio nucleo familiare i componenti di seguito indicati percepiscono i seguenti contributi pubblici:

Nome e Cognome	Naspi (indicare l'importo mensile)	Reddito di cittadinanza (indicare l'importo mensile)	Cassa integrazione guadagni (indicare nome del datore di lavoro e l'importo mensile)	Indennità di mobilità (indicare l'importo mensile)	Altre forme di sostegno pubblico a livello locale o regionale (indicare quali e importo mensile percepito)
Dichiarante					

dichiara altresì che il sottoscritto ovvero altro componente del nucleo familiare (*indicare nome e cognome* _____) ha fatto richiesta del contributo di cui al Decreto Legge n. 18/2020 (Contributo 600,00 euro) n° **ricevuta protocollo INPS** _____ e di **NON** averlo già incassato;

dichiara altresì che il sottoscritto ovvero altro componente del nucleo familiare (*indicare nome e cognome* _____) ha fatto richiesta del contributo di cui al Decreto Legge n. 18/2020 (Contributo 600,00 euro) n° **ricevuta protocollo INPS** _____ e di averlo già incassato in data _____;

7) di aver preso visione dell'Avviso pubblico contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016;

8) di essere consapevole che il Comune effettuerà i dovuti controlli, anche a campione e avvalendosi degli organi competenti, circa la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese ai fini dell'accesso alle provvidenze, anche richiedendo la produzione di specifiche attestazioni, non appena le direttive nazionali consentiranno la normale ripresa delle attività.

COMUNICA

che il **CODICE IBAN del Conto Corrente o Carta Prepagata** sul quale accreditare il finanziamento è il seguente:

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente

Intestato a: *(indicare tutti gli intestatari del conto)*

INTESTATARI	CODICE FISCALE

Luogo/data

La/Il dichiarante*

Allega:

- Fotocopia di documento d'identità personale del richiedente in corso di validità

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