



**COMUNE di PUTIFIGARI**  
**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**  
Tel. 079/90.50.23 Fax 079/90.50.10

Mail [comune.putifigari@tiscali.it](mailto:comune.putifigari@tiscali.it) Pec: [protocollo.putifigari@legalmail.it](mailto:protocollo.putifigari@legalmail.it)

Al Comune di Putifigari  
- SERVIZI SOCIALI -  
P.zza Boyl

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (in caso di cittadini stranieri Extracomunitari

allegare permesso di soggiorno) alla via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

identificata/o a mezzo di (estremi del documento di identità) \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE:**

- Che, ai sensi dell'articolo 76, comma 1, del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale;
- Che, ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere;
- Che, ai sensi dell'articolo 71 del DPR 445/2000, l'ente pubblico ha l'obbligo di effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000;
- che tutte le informazioni fornite saranno trasmesse alle Autorità competenti per i controlli di rito sulla veridicità degli stessi;

**CHIEDE**

- di poter beneficiare delle MISURE DI CUI ALLA LEGGE REGIONALE N. 12 DEL 8 APRILE 2020.

## D I C H I A R A

1) che la famiglia alla data del 23.02.2020 è composta come risulta dal seguente prospetto:

N	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARANTELA	PROFESSIONE ALLA DATA DEL 23.02.2020
1				
2				
3				
4				
5				
6				

2) dichiara che i componenti del proprio nucleo familiare si trovano in una delle seguenti condizioni:

### **BARRARE LE CASELLE INTERESSATE**

lavoratori dipendenti o autonomi che abbiano 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 partite 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;

privi di reddito di lavoro o di impresa alla data del 23 febbraio 2020.

3)  dichiara che, relativamente al periodo **23.02.2020/23.04.2020**, il reddito del proprio nucleo familiare è inferiore a € 800,00 mensili netti;

4)  dichiara di non trovarsi nella situazione di esclusione di cui all'art. 2 del l'avviso;

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

6)  di ricevere i seguenti contributi pubblici: (**specificare tipo di contributo e importo percepito**)

<input type="checkbox"/> reddito di cittadinanza per € _____ mensili	<input type="checkbox"/> assegno sociale per € _____ mensili
<input type="checkbox"/> contributo regionale REIS per € _____ mensili	<input type="checkbox"/> pensione o indennità INAIL per € _____ mensili
<input type="checkbox"/> pensione d'invalidità civile per € _____ mensili	<input type="checkbox"/> indennità o pensione di guerra per € _____ mensili
<input type="checkbox"/> indennità di frequenza (in caso di minori) per € _____ mensili	<input type="checkbox"/> assegni mensili continuativi erogati dalla Regione (es. provvidenze a favore di Talassemici, Nefropatici, Sofferenti mentali) per € _____ mensili
<input type="checkbox"/> indennità di accompagnamento per € _____ mensili	<input type="checkbox"/> altro contributo erogato dallo stato o dalla Regione es. <b>Cassa Integrazione, Naspi, ecc.</b> per € _____ mensili

7)  di aver fatto richiesta del contributo di cui al Decreto Legge n. 18/2020 (Contributo 600,00 euro) e di averlo già incassato;

8)  Di aver fatto richiesta del contributo di cui al Decreto Legge n. 18/2020 (Contributo 600,00 euro) e di non averlo ancora incassato.

9)  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.

## CHIEDE

in caso di diritto al beneficio, che l'importo sia corrisposto tramite  Conto corrente

<b>coordinate IBAN (Libretto/Carta/Conto/ deve essere intestato alla/al richiedente )</b>					
Paese	Codice controllo	CIN	ABI banca	CAB Filiale	Numero di conto

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 679/2016).

Firma \_\_\_\_\_

Putifigar, li \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2020

Si allega alla presente fotocopia del documento d'identità del dichiarante