

**ALLEGATO 2**

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

**ai sensi della Deliberazione di Consiglio Comunale n.6 del 18.01.2020 del “Regolamento comunale per l'erogazione di un assegno fisso mensile a favore di coloro che hanno previsto la delocalizzazione e non sono ancora in grado di riaprire la loro attività – contributo per l'anno 2020”**

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, professionista o lavoratore autonomo titolare di partita iva, artigiano imprenditore di qualsiasi tipo, che ha presentato istanza di delocalizzazione ai sensi delle lettere a), b) e d) dell'art. 1 comma 2 della citata Ordinanza 9 nel territorio di Amatrice e ancora non hanno completato le azioni necessarie a rendere attiva la propria attività;

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000, CONSAPEVOLE DELLE CONSEQUENZE 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/PIAZ ZA	<input type="text"/>	N.	<input type="text"/>
CODICE 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 ZA	<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 1):

- 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 VISTO SOSPESA LA PROPRIA  
ATTIVITA' LAVORATIVA A PER INAGIBILITA' DELLA PROPRIA SEDE;
- c) CHE LA PROPRIA ATTIVITA' AVEVA SEDE LEGALE E/O OPERATIVA AL  
FABBRICATO DISTINTO:
- FOGLIO \_\_\_ PARTICELLA \_\_\_\_\_ CLASSIFICATO \_\_\_\_\_
- d) DICHIARA CHE HA PRESENTATO DOMANDA DI DELOCALIZZAZIONE:
- PRESSO AREA IN DISPONIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 1 COMMA 2 LETTERA  
A) ED IN PARTICOLARE L'AREA DISTINTA:
- FOGLIO \_\_\_ PARTICELLA \_\_\_\_\_

PRESSO AREA IN DISPONIBILITA' AI SENSI DELL'ART. 1 COMMA 2 LETTERA B) ED IN PARTICOLARE L'AREA DISTINTA :

- FOGLIO \_\_\_ PARTICELLA \_\_\_\_\_

PRESSO AREA IN SAE AI SENSI DELL'ART. 1 COMMA 2 LETTERA D) ED IN PARTICOLARE L'AREA DISTINTA:

- FOGLIO \_\_\_ PARTICELLA \_\_\_\_\_ AREA \_\_\_\_\_

**DICHIARA, INOLTRE**

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 REGOLAMENTO UE N. 679/2016 “REGOLAMENTO EUROPEO IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI” E NE AUTORIZZA IL TRATTAMENTO ATTRAVERSO STRUMENTI MANUALI ED INFORMATICI CON LOGICHE STRUTTURALI CORRELATE ALLA FINALITÀ STESSA E COMUNQUE IN MODO DA GARANTIRE LA SICUREZZA E LA RISERVATEZZA DEI DATI STESSI.

IL COMUNE POTRA' COMUNICARE TALI DATI AD ENTI O AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE ANCHE COMUNITARI.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

**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.....