



**COMUNE DI MARACALAGONIS**  
CITTA' METROPOLITANA DI CAGLIARI  
**SERVIZIO SOCIALE**

**Al Comune di Maracalagonis**  
**Ufficio Politiche Sociali**

**Oggetto: Avviso Pubblico "Misure straordinarie e urgenti a sostegno delle famiglie per fronteggiare l'emergenza economico - sociale derivante dalla pandemia SARS-CO V2" L.R. N. 12 dell'08 aprile 2020 – INTEGRAZIONE DOCUMENTALE AL FINE DELLA DEFINIZIONE DELLA POSIZIONE IN GRADUATORIA**

**INTEGRAZIONE ALLA DOMANDA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Maracalagonis in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ indirizzo mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ identificata/o a mezzo di (estremi del documento d'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) Dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e di averne compreso l'intero contenuto.
- 2) 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	Reddito dal 23/02/2020 al 23/03/2020	Reddito dal 23/03/2020 al 23/04/2020
						€.	
						€.	
						€.	
						€.	
						€.	
						€.	
						€.	

3) dichiara che i componenti del proprio nucleo familiare si trovano in una o più 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 dicategorie 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 come da dettaglio sopra riportato;

5) dichiara di non trovarsi nella situazione di esclusione di cui all'art. 2 dell'avviso;

di ricevere i seguenti contributi pubblici:

*(specificare tipo di contributo e importo percepito per ogni mensilità indicata ) es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale*

<b>Tipologia contributi</b>	<b>Importo mensile per il periodo dal 23/02/2020 al 23/03/2020</b>	<b>Importo mensile per il periodo dal 23/03/2020 al 23/04/2020</b>
	€. _____	€. _____
	€. _____	€. _____
	€. _____	€. _____
	€. _____	€. _____

Di aver fatto richiesta del contributo di cui al Decreto Legge n. 18/2020 (Contributo 600,00 euro) e di averlo incassato in data \_\_\_\_\_

Di aver fatto richiesta del contributo di cui al Decreto Legge n. 18/2020 (Contributo 600,00 euro) e di non averlo incassato – Esito INPS alla data del \_\_\_\_\_ :

“ \_\_\_\_\_ ”

Maracalagonis \_\_\_\_\_

La/Il dichiarante\*

\_\_\_\_\_

Si allega:

- copia di documento di identità personale in corso di validità del richiedente