



Settore Servizi alla Comunità

AL SIGNOR PRESIDENTE DELL'UNIONE DELLA
ROMAGNA FAENTINA

OGGETTO: SOSTEGNO ECONOMICO CON IMPEGNO ALLA RESTITUZIONE DESTINATO ALLE PERSONE RESIDENTI NEL TERRITORIO DELL'UNIONE DELLA ROMAGNA FAENTINA CHE BENEFICIANO DEGLI AMMORTIZZATORI SOCIALI E DELLE INDENNITA' PREVISTI DAL DECRETO "CURA ITALIA"

DOMANDA DI CONTRIBUTO

___/La__ sottoscritto/

a _____ (Cognome)

(Nome) nato/a a _____ (____) il _____ cittadinanza

_____ residente a _____ Via

_____ n. _____

C.F. _____

Tel. _____

e-mail _____ altro recapito _____

VISTO

L'AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO CON IMPEGNO ALLA RESTITUZIONE DESTINATO ALLE PERSONE RESIDENTI NEL TERRITORIO DELL'UNIONE DELLA ROMAGNA FAENTINA CHE BENEFICIANO DEGLI AMMORTIZZATORI SOCIALI E INDENNITA' PREVISTI DAL DECRETO "CURA ITALIA", e di seguito denominato più semplicemente AVVISO

CHIEDE

di accedere alla misura di sostegno economico con obbligo alla restituzione destinata alle persone che beneficiano degli ammortizzatori sociali e delle indennità previste ai capi I e II del Titolo II del D.L. 17 marzo 2020 n. 18 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" ("Cura Italia") convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 comma 1 Legge 24 aprile 2020 n. 27 e ss.mm.ii., ma che non godono ancora della disponibilità materiale degli stessi sulla base di quanto previsto dal suddetto AVVISO e a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000;

sotto la propria responsabilità e consapevole che qualora da eventuali controlli emerga la non veridicità di quanto dichiarato, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti ed è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 75 e 76 del citato D.P.R.;

DICHIARA

1 - che il proprio nucleo familiare anagrafico è così composto (indicare cognome, nome, data di nascita)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

2 - di essere beneficiario della seguente misura prevista dal Capo I titolo II D.L. 17 marzo 2020 n. 18 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" ("Cura Italia") convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 comma 1 Legge 24 aprile 2020 n. 27 e ss.mm.ii

_____ con sede
in _____

C.F. _____

P.IVA _____ N. ISCRIZIONE CCIAA _____ DI
_____ POSIZIONE INPS N. _____ POSIZIONE
INAIL N. _____

o, in alternativa

3 - di essere beneficiario della seguente indennità prevista dal Capo II titolo II D.L. 17 marzo 2020 n. 18 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" ("Cura Italia") convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 comma 1 Legge 24 aprile 2020 n. 27 e ss.mm.ii

_____ come da
comunicazione INPS _____

4 - di non aver ricevuto alla data odierna alcuna somma relativa ai benefici di cui ai precedenti punti 2 e 3 da nessun soggetto (né dall'ente obbligato all'erogazione, né dal datore di lavoro, né da altri);

5 - di non essere in possesso di risorse finanziarie, a qualsiasi titolo detenute (numerarie, c/c e libretti

