



COMUNE DI PABILLONIS

(Provincia del Sud Sardegna)
Via San Giovanni, 7 - 09030 Pabillonis (SU)

UFFICIO SOCIO CULTURALE

Al Comune di PABILLONIS
Ufficio Servizi Sociali

SOLO PER I CITTADINI IMPOSSIBILITATI ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA ONLINE

DOMANDA

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

La/Il Sottoscritta/o _____

Nata/o a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ nr. _____ int. _____

Numero telefono/cell _____ Codice Fiscale _____

Identificata/o a mezzo di (estremi del documento di identità) _____

n. _____ rilasciata il _____ da _____

chiede 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)

D I C H I A R A

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



COMUNE DI PABILLONIS

(Provincia del Sud Sardegna)
Via San Giovanni, 7 - 09030 Pabillonis (SU)

UFFICIO SOCIO CULTURALE

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

- 2) che l'indirizzo di residenza - domicilio del nucleo familiare 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.



COMUNE DI PABILLONIS

(Provincia del Sud Sardegna)
Via San Giovanni, 7 - 09030 Pabillonis (SU)

UFFICIO SOCIO CULTURALE

- 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;
- di ricevere i seguenti contributi pubblici: (specificare tipo di contributo e importo percepito) es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, buoni spesa, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale
- _____ pari a € _____
- _____ pari a € _____
- _____ pari a € _____
- Di aver fatto richiesta del contributo di cui al Decreto Legge n. 18/2020 (Contributo 600,00 euro) e di averlo già incassato;
- Di aver fatto richiesta del contributo di cui al Decreto Legge n. 18/2020 (Contributo 600,00 euro) e di non averlo ancora incassato.
- 7) 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;
- 8) Dichiara:
- che il codice IBAN, intestato a _____ (grado di parentela _____),
è il seguente _____, Banca/Poste _____.
- di non possedere un C/C e di richiedere pertanto il mandato di pagamento presso lo sportello di Tesoreria Comunale del Banco di Sardegna* (Solo per importi inferiori ai 1.000,00 €)

Allega copia del documento di identità

Luogo/data

La/Il dichiarante*
