



**COMUNE DI ALGHERO**  
Settore Qualità della Vita  
Servizio Servizi Sociali e alla Famiglia

**DOMANDA**

**per l'erogazione delle "Misure straordinarie urgenti a sostegno delle famiglie per fronteggiare l'emergenza economico-sociale derivante dalla pandemia SARS-COV-2" di cui alla Legge Regionale n. 12 del 08/04/2020**

La/Il Sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_/\_\_\_\_. Int. \_\_\_\_\_  
Numero di telefono \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
identificata/o a mezzo di (estremi del documento di identità) \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

**RICHIEDE di poter beneficiare delle misure di cui alla Legge Regionale n. 12 del 8 Aprile 2020.**

**Chiede** che il pagamento delle somme spettanti sia effettuato nella seguente modalità:

- Accredito su C/C bancario o postale a me intestato  
Codice IBAN \_\_\_\_\_
- Carta prepagata a me intestata  
Codice IBAN \_\_\_\_\_
- Rimessa diretta *(solo per importi inferiori a 1.000,00 euro)*

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) 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

- 2) Che l'indirizzo di residenza e domicilio del nucleo familiare alla data del 23.02.2020 è il seguente: \_\_\_\_\_

- 3) Dichiaro che i componenti del proprio nucleo familiare si trovano in una delle seguenti condizioni (barrare le voci interessate):

- 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.

- 4) Dichiaro che, relativamente al periodo 23-02-2020/23-04-2020, il reddito del proprio nucleo familiare è inferiore a € 800,00 mensili netti.

- 5) Dichiaro 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, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale (L.R.20/97, L.R. 11/85, 27/1983, altro):*

\_\_\_\_\_ 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) 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.

Luogo/data

\_\_\_\_\_

La/Il dichiarante

\_\_\_\_\_

*(nel caso di impossibilità alla sottoscrizione  
l'Ufficio accerterà l'identità del richiedente)*

**si allega documento di riconoscimento (obbligatorio)**