

All'Ufficio Servizi Sociali
c/o Comune di Castiglione D'Adda
Via mail : castiglionedadda@cert.elaus2002.net

**RICHIESTA AMMISSIONE AL FONDO ANTI-CRISI STRAORDINARIO A SOSTEGNO DEI
LAVORATORI PERCETTORI DI CASSA INTEGRAZIONE A SEGUITO
DELL'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19**

Io sottoscritto/a.....
nato/a ail
Codice fiscale.....residente nel Comune di Castiglione D'Adda (LO), in
ViaTel/Cell
.....Mail/pec

Chiede

di essere ammesso al fondo anti-crisi straordinario a sostegno dei lavoratori percettori di cassa integrazione a seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19, emanato a seguito della Delibera di Giunta n. _____ del _____;

E A TAL FINE consapevole ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/00, delle responsabilità e delle relative sanzioni civili e penali in caso di dichiarazioni false o mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000.n. 445, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 del richiamato D.P.R. 445/2000.

Dichiara

- di essere cittadino italiano o extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno rilasciato da..... in data..... scadenza.....
- di essere residente nel Comune di Castiglione D'Adda;
- di essere in regola con il pagamento delle imposte e tasse comunale (TARI, IMU, ecc.);
- di essersi trovato in stato di cassa integrazione per un periodo di almeno TRE mesi continuativi durante il periodo marzo 2020 – luglio 2021, per motivazioni connesse all'emergenza sanitaria da COVID-19;
- che nessun altro componente il nucleo familiare ha presentato istanza al fine di accedere al presente fondo anti-crisi;

Dichiara inoltre che la composizione del proprio nucleo familiare è la seguente:

Nome e Cognome	Relazione Parentale	Adulti Inserire x	Minori Inserire x	Età	Professione
	DICHIARANTE				

Allega la seguente documentazione indispensabile ai fini della valutazione delle Domanda:

- Copia Documento di identità e codice fiscale del richiedente;
- Copia Documentazione comprovante lo stato di cassa integrazione per almeno TRE mesi continuativi durante il periodo marzo 2020 - luglio 2021, quale conseguenza dell'emergenza sanitaria da COVID – 19 (ad. es. comunicazione del datore di lavoro);
- Copia Coordinate bancarie per accredito del contributo (il conto corrente bancario o postale dovrà essere intestato o cointestato al richiedente);

DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA MANCATA INDICAZIONE DEL NUMERO DI TELEFONO, e/o INDIRIZZO MAIL, L'INESATTEZZA DEGLI STESSI, L'OMESSA ALLEGAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA E/O LA MANCATA RISPOSTA ALLE COMUNICAZIONI INOLTRATE DAL SERVIZIO SOCIALE COMUNALE RENDERA' IMPOSSIBILE PROCEDERE ALL'ACCOGLIMENTO DELLA RICHIESTA.

Con la firma in calce, io sottoscritto presto il consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16) contenuti nel presente modulo ai sensi e per gli effetti del predetto Regolamento. Autorizza altresì i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. anagrafe, servizi sociali ecc.) e nazionali (es. INPS, Guardia di Finanza ecc.) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

.....

(luogo e data)

IL DICHIARANTE

.....