



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



COMUNE DI PADRIA  
(Provincia di Sassari)

Al Comune di Padria  
Ufficio Servizi Sociali  
Mail: sociale@comune.padria.ss.it

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

**INTEGRAZIONE DICHIARAZIONI AUTOCERTIFICAZIONE SU RICHIESTA UFFICIO SERVIZI SOCIALI/RETTIFICA AUTOCERTIFICAZIONE**

La/Il Sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Numero di telefono \_\_\_\_\_,

**Avendo presentato domanda per l'accesso alle misure di cui alla Legge Regionale n. 12 del 8 aprile 2020**, ad integrazione/rettifica della stessa, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarò 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, decadrò dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

**(BARRARE E COMPILARE SOLO LE PARTI RELATIVE ALLA RETTIFICA/INTEGRAZIONE DELLA DOMANDA PRECEDENTEMENTE PRESENTATA)**

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


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;*
- privi di reddito di lavoro o di impresa alla data del 23 febbraio 2020.*

dichiara che, relativamente al periodo 23.02.2020/23.04.2020, suddiviso per mensilità (febbraio, marzo, aprile) a qualsiasi titolo (Naspi,RDC,CIG incassata, stipendio,pensione,altro ), è così di seguito specificato:

NOME E COGNOME	PROFESSIONE	CONDIZIONE LAVORATIVA	ENTRATE FEBBRAIO	ENTRATE MARZO	ENTRATE APRILE

di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare;

Di aver fatto richiesta dei seguenti contributi pubblici relativi al periodo 23.02.2020/23.04.2020: (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 I contributo, e di non aver ancora avuto riscontro:

\_\_\_\_\_ presumibilmente pari a € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ presumibilmente pari a € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ presumibilmente 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.

Si impegna a comunicare tempestivamente e per iscritto al Servizio Sociale Comunale, eventuali modifiche della situazione familiare e/o reddituale dichiarate nella presente modulistica, compreso l'eventuale accesso a contributi pubblici richiesti

**Dichiara che nessun altro componente del nucleo familiare, ha presentato istanza per il medesimo beneficio**

Luogo/data

La/Il dichiarante\*

**Allega:**

-copia documento d'identità