

DOMANDA DI RICHIESTA DELL'INDENNITÀ UNA TANTUM PER COLLABORATORI COORDINATI E CONTINUATIVI, TITOLARI DI RAPPORTI DI AGENZIA E DI RAPPRESENTANZA COMMERCIALE, LAVORATORI AUTONOMI E DEI TITOLARI DI IMPRESA INDIVIDUALE OPERANTI NELL'AREA DEL SISMA (Art.45 comma 4 del DL. N.189/2016 Convertito In Legge N.229 Del 15/12/2016 "Interventi urgenti a favore delle popolazioni colpite dal sisma del 24 agosto 2016, del 26 e 30 ottobre 2016" e Convenzione Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Presidente della Regione Abruzzo del 20 gennaio 2017).

Alla Regione Abruzzo
Dipartimento Sviluppo Economico,
Politiche del Lavoro, Istruzione, Ricerca e Università
Servizio Lavoro
Viale Bovio
65100 – PESCARA
dpg007@pec.regione.abruzzo.it

Il sottoscritto/a _____ CF/P.I. _____
nato/a a _____ il _____ residente nel Comune di
_____, (Provincia _____) domiciliato nel Comune di _____ (Provincia
_____) in via _____ n. _____,
iscritto alla forma di previdenza e assistenza _____
n. _____,

avendo dovuto sospendere la propria attività a seguito degli eventi sismici del 24.08.2016 e successivi

CHIEDE

la concessione, per l'anno 2016 dell'indennità una tantum di cui all'art.45, comma 4 del DL 189/2015 convertito con modificazioni nella legge 15/12/2016 n. 229.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle conseguenze penali previste agli artt. 75 e76 del DPR n.445/2000, per chi attesta il falso sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che, a seguito degli eventi sismici del 24.08.2016 e successivi, ha sospeso la seguente attività di:
(barrare la fattispecie di interesse)

LAVORO AUTONOMO INCLUSO I TITOLARI DI IMPRESA E PROFESSIONISTI

denominata _____ P.IVA _____ con sede legale nel
Comune di _____ (Provincia _____) in via
_____ e sede operativa nel Comune di
_____ (Provincia _____) in via

_____ , precisando altresì di operare esclusivamente in uno o più comuni rientranti nel bacino dell'area sisma, di seguito indicati:

COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA

iniziata in data _____ e con termine il _____ con il committente avente la seguente denominazione _____

P.IVA _____ con sede legale nel Comune di _____ (Provincia _____) in via _____ e sede operativa nel

Comune di _____ (Provincia _____) in via _____, precisando altresì di operare esclusivamente in uno o

più comuni rientranti nel bacino dell'area sisma, di seguito indicati:

RAPPORTO DI AGENZIA/DI RAPPRESENTANZA COMMERCIALE

iniziato in data _____ di un rapporto di agenzia / di rappresentanza commerciale della ditta _____ avente la seguente denominazione _____

P.IVA _____ con sede legale nel Comune di _____ (Provincia _____) in via _____

e sede operativa nel Comune di _____ (Provincia _____) in via _____, precisando di operare esclusivamente/ prevalentemente

in uno o più comuni rientranti nel bacino dell'area sisma, di seguito indicati:

Così come previsto dal comma 4, dell'art. 45 del D.L. 189/2016, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 229/2016, il richiedente, dichiara che l'indennità "una-tantum" viene richiesta nel rispetto della normativa europea e nazionale in materia di aiuti di Stato (regime "de minimis")

Limitatamente ai singoli soggetti danneggiati ricompresi nel comune di TERAMO, ai sensi delle modificazioni apportate all'art. 1 in sede di conversione al D.L. 189/2016 dalla legge 229/2016, il richiedente dichiara e allega una dichiarazione di inagibilità del fabbricato, casa di abitazione, studio professionale o azienda, presso cui viene svolta l'attività lavorativa o con cui si ha il rapporto di lavoro, emesso dal _____

n. _____ del _____, con trasmissione agli uffici dell'Agenzia delle entrate e dell'Istituto nazionale per la previdenza sociale territorialmente competenti.

Con riferimento all'art. 1, comma 2, per i soggetti danneggiati ricompresi nei comuni diversi da quelli indicati negli allegati 1 e 2 del D.L. 189/2016, il richiedente dichiara e allega apposita perizia asseverata che dimostra il nesso di causalità diretto tra i danni ivi verificatisi e gli eventi sismici verificatisi a far data dal 24 agosto 2016.

Comunica che il pagamento da parte dell'INPS deve avvenire mediante accredito al seguente codice IBAN:

ovvero mediante bonifico domiciliato presso l'ufficio postale/Banca

Allega pertanto alla presente domanda il mod.INPS "COD.SR163" debitamente compilato e sottoscritto.

Il richiedente, consapevole delle responsabilità civili e penali stabilite all'art.76 del DPR 445/2000 per coloro che rendono dichiarazioni mendaci, dichiara che tutte le notizie e le informazioni contenute nella presente domanda rispondono a verità e si impegna sotto la propria personale responsabilità a comunicare tempestivamente ogni variazione che dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda.

Per comunicazioni relative alla presente domanda e per le necessarie eventuali integrazioni richieste dalla Regione e da INPS si fornisce il seguente recapito telefonico _____
e il seguente indirizzo PEC _____

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i.

Data _____

Firma _____

Alla domanda va allegata copia fotostatica di un documento di identità del richiedente in corso di validità.