

numero domanda (assegnato dall'Ufficio Servizi alla Persona) NECESSARIO PER VISIONARE LA GRADUATORIA 	data di arrivo all'Ufficio Servizi alla Persona	data di arrivo al protocollo (timbro)	protocollo
---	---	--	------------

Al Comune di Medicina
 Ufficio Servizi alla Persona
 Via Libertà 103
 40059 Medicina
 comune.medicina@cert.provincia.bo.it

OGGETTO: DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DI CONTRIBUTI ECONOMICI STRAORDINARI ALLE FAMIGLIE DI LAVORATORI COLPITI DALLA CRISI ECONOMICA ANNO 2017

Il/La sottoscritto/a nato/a a prov. il residente nel Comune di Medicina in via telefono indirizzo posta elettronica.....
--

CHIEDE

il riconoscimento del contributo straordinario, previsto dal bando, indetto dal Comune di Medicina e approvato con delibera G.C. n. 76 del 28/08/2017 per la concessione di contributi economici straordinari alle famiglie di lavoratori colpiti da crisi economica, anno 2017

A tal fine, il/la sottoscritto/a, avendo preso visione del bando di cui all'oggetto, approvato con delibera GC 76/2017, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole che qualora da eventuali controlli emerga la non veridicità di quanto dichiarato, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti ed è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 75 e 76 del citato DPR

DICHIARA

(barrare con una crocetta la condizione che interessa)

- di essere:
 - cittadino italiano (o di altro stato appartenente all'Unione Europea _____)
 - cittadino di uno stato non appartenente all'Unione Europea _____ e in possesso di un documento di soggiorno in corso di validità
- di essere in possesso della residenza continuativa nel Comune di Medicina dal 21/10/2015 (2 anni continuativi antecedenti la scadenza del bando di cui all'oggetto)
- di essere in possesso di attestazione ISEE relativa ai redditi anno 2015 non superiore ad euro 22.0000:
 - importo ISEE pari ad euro
 - numero di protocollo DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica) o dell'attestazione ISEE
 - data presentazione ricevuta attestante presentazione DSU o attestazione ISE

- che, nel periodo dal 1/1/2016 al 21/10/2017, sono o continuo ad essere collocato in cassa integrazione guadagni a zero ore mensili, con decorrenza dal
- che, nel periodo dal 1/1/2016 al 21/10/2017 sono o continuo ad essere:
 - interessato da uno stato di disoccupazione a causa di:**
 - licenziamento dall'Azienda ubicata in Via nel Comune di con decorrenza dal quale dipendente
 - a tempo indeterminato
 - a tempo determinato, con qualsiasi tipo di contratto di lavoro assimilabile al lavoro dipendente – con validità uguale o superiore ai 6 mesi (escluso il mancato superamento del periodo di prova, le dimissioni volontarie, il licenziamento per giusta causa, disciplinare o giustificato motivo soggettivo e comunque dovuto a cause imputabili al lavoratore),
 - permanenza nelle liste di mobilità dal al
 - dimissioni dalla data del per giusta causa costituita dal mancato pagamento delle retribuzioni per almeno tre mensilità con successiva procedura presso INPS o Direzione Territoriale del Lavoro (indicare denominazione Azienda sita in Via nel Comune di);
 - cessazione dell'attività di lavoratore autonomo con chiusura della partita IVA (indicare denominazione dell'attività con sede in Via nel Comune di l'attività ha avuto inizio il la partita IVA era ed è stata chiusa il
- di essere disoccupato di lungo termine, che ha avuto nel periodo dal 1/7/2015 al 21/10/2017:
 - un rapporto di lavoro con qualunque contratto assimilabile al lavoro dipendente della durata di almeno 22 settimane anche non continuative (specificare l'Azienda ed il periodo in cui si è prestata l'attività lavorativa)
 - denominazione Azienda ubicata in Via nel Comune di attività lavorativa svolta dal al per n. ... settimane
 - denominazione Azienda ubicata in Via nel Comune di attività lavorativa svolta dal al per n. ... settimane
 - il beneficio di ammortizzatori sociali dal al
- di avere presentato al Centro per l'Impiego di competenza l'immediata disponibilità (DID) allo svolgimento e alla ricerca di un'attività lavorativa secondo modalità concordate con il Centro per l'impiego stesso, con **acquisizione dello status giuridico di disoccupato (dichiarazione da barrare obbligatoriamente – la DID deve essere presentata nel periodo compreso tra la cessazione dell'ultimo lavoro e il 21/10/2017 - ultimo giorno valido per la presentazione della domanda di contributo economico straordinario)**

DICHIARA INOLTRE
di non rientrare in una delle seguenti categorie:
 (barrare le caselle interessate)

- lavoratore stagionale, lavoratore stagionale agricolo, personale subordinato o parasubordinato della pubblica amministrazione
- nucleo familiare ai fini ISEE i cui componenti siano proprietari o comproprietari (almeno al 50%) di beni immobili o titolari di altri diritti reali su beni immobili (sempre in misura pari almeno al 50%) in aggiunta alla casa di proprietà destinata ad abitazione principale del richiedente e relative pertinenze
- nucleo familiare in cui il richiedente abbia venduto la proprietà, sempre di almeno il 50% di immobili nell'ultimo quinquennio antecedente al 4/09/2017, fatti salvi i casi in cui si sia verificato un passaggio di proprietà per effetto di ipoteca immobiliare;
- aver perso, per qualsiasi causa, lo status giuridico di disoccupato
- titolare di trattamento pensionistico diretto anticipato o di vecchiaia

In caso di accoglimento della presente domanda, chiedo che il contributo venga liquidato con la seguente modalità:

accredito sul c/c intestato o cointestato al richiedente il contributo

.....
 presso la banca filiale

IBAN

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE

La domanda e' completata da n. allegati

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità (documentazione obbligatoria)
- copia del documento di soggiorno in corso di validità (documentazione obbligatoria per i cittadini non comunitari)
- copia dei documenti attestanti l'attivazione della procedura presso INPS o Direzione Territoriale del Lavoro, relativa a dimissioni per giusta causa costituita dal mancato pagamento delle retribuzioni per almeno 3 mensilità (documentazione obbligatoria per coloro che rientrano in questa casistica);
-

INFORMATIVA AI SENSI DEL D. LGS. 196/2003 – CODICE IN MATERIA DI DATI PERSONALI

Il Comune di Medicina informa che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente domanda viene resa e in conformità ad obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria. Il relativo trattamento non richiede il consenso dell'interessato ai sensi dell'art. 18 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali). Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio e il rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità di proseguire con l'istruttoria della domanda.

Dichiarazione resa confermata e sottoscritta.

Data e luogo _____

IL DICHIARANTE

(firma)

Sottoscrizione apposta in presenza di

OPPURE

Allego fotocopia del documento di identità

.....
 La firma deve essere apposta in presenza del personale addetto al ricevimento esibendo un documento valido, in alternativa deve essere allegata fotocopia non autentica del documento di identità del sottoscrittore (art. 38 co. 3 DPR 445/2000)