

**AL SINDACO DEL COMUNE DI
CANNARA.**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL FONDO DI SOLIDARIETA' A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE COLPITE
DA CRISI AZIENDALI E/O OCCUPAZIONALI (AVVISO PUBBLICO DELLA ZONA SOCIALE DEI
COMUNI DI ASSISI, BASTIA UMBRA, BETTONA, CANNARA, VALFABBRICA – AMBITO
TERRITORIALE INTEGRATO N. 2)**

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a a..... Prov. il

residente a..... Via..... n.....

CAP..... n. tel. Cod. Fisc.

CONSAPEVOLE

che sui dati attestati potranno essere effettuati controlli, ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445/2000, e che, nel caso di concessione del contributo, potranno essere effettuati controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite nella presente richiesta,

CHIEDE

di poter accedere al Fondo di Solidarietà della Zona Sociale dei Comuni di Assisi, Bastia Umbra, Bettona, Cannara, Valfabbrica - Ambito Territoriale Integrato n. 2, destinato alle famiglie colpite da crisi aziendali e/o occupazionali. A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

(barrare le caselle interessate)

- di essere cittadino italiano o di stato appartenente all'Unione Europea (.....);
- ovvero di essere cittadino di altro Stato in possesso di carta o permesso di soggiorno;
- che il proprio nucleo familiare non è proprietario di seconda casa;
- che nel corso del 2009 o fino al 31 marzo 2010 è stato licenziato o sottoposto ad ammortizzatori sociali come specificato dalla ditta (datore di lavoro) nell'allegato certificato (Allegato 1) ;
- che nel corso del 2009 o fino al 31 marzo 2010 non ha ricevuto dall'Ente Comunale destinatario della presente o da associazioni assistenziali del territorio contributi economici;
- ovvero che nel corso del 2009 ha ricevuto 1) dall'Ente Comunale destinatario della presente contributi economici provenienti completamente da fondi del proprio bilancio e/o 2) da associazioni assistenziali del territorio altri contributi, per un totale pari a € (inferiore a 500,00€) ;

Al Comune di CANNARA

Zona Sociale 2 - Ambito Territoriale integrato 2

La ditta _____ (nome o ragione sociale), con sede legale in _____ (prov. ____) partita IVA _____

tel. _____ fax _____ email _____

dichiara che _____

(nome e cognome del lavoratore richiedente e codice fiscale), dipendente della medesima ditta, a seguito di crisi aziendale e/o occupazionale è stato interessato da (barrare la casella che interessa):

- trattamento di cassa integrazione guadagni ordinaria
- trattamento di cassa integrazione guadagni straordinaria
- trattamento di cassa integrazione guadagni in deroga
(ex art. 19 del D.L. 185/2008, convertito con modificazioni in L. 2/2009)
- contratto di solidarietà
(ai sensi della L. 223/1991)
- mobilità indennizzata
(ai sensi dell'art. 4 della L. 223/1991)
- mobilità indennizzata
(ex art. 19 del D.L. 185/2008, convertito con modificazioni in L. 2/2009)
- licenziamento a far data dal _____ per effetto di crisi aziendale o occupazionale

Il periodo interessato dagli ammortizzatori sociali inizia il _____ e termina il _____

Data _____

Sottoscrizione del legale rappresentante

(firma apposta ai sensi e per gli effetti dell'art. 38 del DPR 445/2000)¹

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

¹ Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità