

**DOMANDA DELL' INDENNITÀ UNA TANTUM PER I LAVORATORI AUTONOMI E DEI TITOLARI DI IMPRESA INDIVIDUALE OPERANTI NELL'AREA DEL SISMA (Art.45 comma 4 del DI N.189/2016 Convertito In Legge N.229 Del 15/12/2016 " Interventi urgenti a favore delle popolazioni colpite dal sisma del 24/8/2016 " e Convenzione Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Presidente della Regione Marche del 20 gennaio 2017)**

**Alla Regione Marche  
Servizio attività Produttive lavoro Istruzione  
PF Lavoro e Formazione Coordinamento Servizi  
Territoriali di Formazione e Lavoro  
Via Tiziano 44  
60125 ANCONA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ CF/PIVA \_\_\_\_\_

### **Chiede**

Che gli venga concessa l'indennità una tantum prevista dall'art.45, comma 4 del DL 189/2016 convertito con modificazioni nella legge 15/12/2016 n. 229, in quanto ha dovuto sospendere la propria l'attività presso la sede operativa sita in Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ avvenuta nel periodo:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ a causa del sisma del \_\_\_\_\_

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 quanto segue:**

- Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- Di essere titolare di rapporto di agenzia e di rappresentanza commerciale con sede operativa nel Comune di \_\_\_\_\_ o di operare esclusivamente/prevalentemente nel Comune di \_\_\_\_\_ (Provincia \_\_\_\_\_),
- Di essere collaboratore coordinato e continuativo presso la ditta \_\_\_\_\_ sita nel Comune di \_\_\_\_\_ (Provincia \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ dalla data del \_\_\_\_\_
- Di essere titolare dell'impresa/Studio professionale/lavoratore autonomo avente sede operativa nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Di essere iscritto alla forma obbligatoria di previdenza e assistenza \_\_\_\_\_
- Di aver dichiarato l'inagibilità del fabbricato, casa di abitazione, azienda, studio professionale all'Ufficio delle Entrate e dell'INPS sede di \_\_\_\_\_ \*

Che dell'indennità una tantum venga accreditata sul conto corrente bancario/postale a me intestato avente il seguente codice IBAN :  
-----

Il sottoscritto , 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.

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e smi

Il referente per la domanda è \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*\* per le attività ubicate nei comuni di Ascoli Piceno, Macerata, Fabriano il richiedente dovrà allegare la dichiarazione di inagibilità del fabbricato, casa di abitazione, studio professionale o azienda inviata all'Ufficio delle Entrate e all'INPS territorialmente competenti*

*Alla domanda va allegato copia fotostatica di un documento di identità del richiedente*