

DOMANDA DELL' INDENNITA' PER I LAVORATORI DIPENDENTI DEL SETTORE PRIVATO E AGRICOLO DI AZIENDE UBICATE NELL'AREA DEL SISMA (Art.45 Comma 1 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 _____

Chiede

Che gli venga concessa l'**indennità** di cui all'art.45, comma 1 del DL 189/2016 convertito con modificazioni nella legge 15/12/2016 n. 229 per il periodo:

Dal _____ al _____

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 residente nel comune di _____) in Via _____ n. _____
- Di essere dipendente della ditta _____ sita nel Comune di _____ (Provincia di _____), PIVA _____
- Di essere/non essere lavoratore del settore agricolo (cancellare la parte che non interessa)
- Di non essere destinatario degli ammortizzatori sociali in costanza di rapporto di lavoro ai sensi della normativa vigente (D.Lgs.n.148/2015 e s.m.i.)
- Di non aver fruito nell'anno 2016 della CIG in deroga regionale
- Di aver fruito della CIG in deroga regionale nel periodo dal _____ al _____
- Di essere stato impossibilitato a prestare l'attività lavorativa nel periodo dal _____ al _____ a causa dell'evento sismico del _____
oppure -di essere stato impossibilitato a recarsi al lavoro nel periodo dal _____ al _____ in quanto impegnato nella cura dei familiari conviventi per infortunio/malattia conseguente l'evento sismico del _____.

Che il codice IBAN del conto corrente bancario/postale a me intestato per l'accredito del contributo è il seguente:

Il sottoscritto **delega l'azienda** presso cui svolge la propria attività lavorativa alla presentazione telematica della presente domanda alla Regione Marche nonché ad ulteriori adempimenti ivi incluso la comunicazione ad INPS dei periodi di assenza dal lavoro (SR 41) e la relativa richiesta di liquidazione oltre che eventuali documentazione integrativa richiesta a tal fine dall'Istituto o dalla Regione stessa.

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.

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

Si autorizza l'utilizzo dei dati ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e smi

Data _____ Firma _____

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

Per i lavoratori dei Comuni di Ascoli Piceno, Macerata e Fabriano il richiedente dovrà allegare la dichiarazione di inagibilità del fabbricato/casa di abitazione/studio professionale/ azienda, inviata all'Ufficio delle Imposte e all'INPS competenti per territorio