|  |  |
| --- | --- |
|  | Risultati immagini per logo Giunta regione marche |

**DOMANDA DELL’ INDENNITA’ PER I LAVORATORI DIPENDENTI DEL SETTORE PRIVATO E AGRICOLO DI AZIENDE UBICATE NELL’AREA DEL SISMA ( Art.45 Comma 1 Del Dl N.189/2016 Convertito In Legge N.229 Del 15/12/2016 “ Interventi urgenti a favore delle popolazioni colpite dal sisma del 24/8/2016 “ 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*

*\*questo campo va compilato dall’azienda che presenta la domanda su delega del lavoratore interessato*