

# COMUNE DI SADALI

Provincia Sud Sardegna

Viale G. Deledda n° 1 -

Tel. 0782 599012/15 - Mail: [protocollo@comune.sadali.ca.it](mailto:protocollo@comune.sadali.ca.it)

Pec: [protocollo@pec.comune.sadali.nu.it](mailto:protocollo@pec.comune.sadali.nu.it)



Al Comune di Sadali

## AUTOCERTIFICAZIONE INTEGRATIVA

### "Misure straordinarie e urgenti a sostegno delle famiglie per fronteggiare l'emergenza economico - sociale derivante dalla pandemia SARS-CO V2"

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

LA/IL SOTTOSCRITTA/O \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

DI AVER PRESO VISIONE DELLA DELIBERAZIONE RAS N.24/37 DEL 08.05.2020 pubblicata il 12.05.2020 CHE DEFINISCE I CRITERI E LE MODALITA' OPERATIVE PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITA' DI CUI ALL'ART.1 , C. 7 DELLA L.R. 8 APRILE 2020 N.12

1. Di essere residente a Sadali in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

2. Di aver cambiato la residenza nel periodo dal 23.02.2020 al 23.04.2020

**SÌ**       **NO** (in tal caso andare al punto n.3)

Se la risposta è positiva indicare la data di trasferimento a Sadali \_\_\_\_\_, proveniente dal Comune di \_\_\_\_\_ indicare la composizione della "famiglia" convivente presso il Comune precedente:

Cognome e nome	M/F	Età	Stato civile	Professione

# COMUNE DI SADALI

Provincia Sud Sardegna

Viale G. Deledda n° 1 -

Tel. 0782 599012/15 - Mail: [protocollo@comune.sadali.ca.it](mailto:protocollo@comune.sadali.ca.it)

Pec: [protocollo@pec.comune.sadali.nu.it](mailto:protocollo@pec.comune.sadali.nu.it)



spazio riservato ad eventuali precisazioni:

---

### 3. Il proprio domicilio è diverso dalla residenza

**sì**       **no** (in tal caso andare direttamente al punto n.4)

Se la risposta è positiva **DICHIARA** di essere domiciliata a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ e che la "famiglia" convivente alla data del **23.02.2020** è composta come risulta dal seguente prospetto:

Cognome e nome	M/F	Età	Stato civile	Professione alla data del 23.02.2020

spazio riservato ad eventuali precisazioni:

---

### 4. Compilare i seguenti prospetti:

**4.a** specificare il reddito (da lavoro, d'impresa o pensione) della famiglia convivente per la rilevazione dei redditi Pre e Post Covid

	REDDITO DELLA FAMIGLIA CONVIVENTE	eventuali annotazioni
Reddito mensile prima del covid	€	
* Reddito di MARZO	€	
* Reddito di APRILE	€	

\* Per le P.Iva calcolare il reddito sulla base del quesito n. 35 come riformulato nelle *faq ras* (inserito nelle *faq. da n.37 a n.56 pag. 6*)

**4.b** Indicare altre forme di sostegno al reddito:

SOSTEGNO AL REDDITO	IMPORTO ALTRE FONTI DI SOSTEGNO MARZO	IMPORTO ALTRE FONTI DI SOSTEGNO APRILE
Invalità civile e accompagnamento		

# COMUNE DI SADALI

Provincia Sud Sardegna

Viale G. Deledda n° 1 -

Tel. 0782 599012/15 - Mail: [protocollo@comune.sadali.ca.it](mailto:protocollo@comune.sadali.ca.it)

Pec: [protocollo@pec.comune.sadali.nu.it](mailto:protocollo@pec.comune.sadali.nu.it)



Indennità di frequenza		
Bonus figli comunali		
Reddito di cittadinanza		
Contributo di 600 di cui al DI 18/20		
Naspi		
Indennità di mobilità		
Cassa integrazione guadagni		
Ape volontaria		
Mantenimento del coniuge e figli		
Altre forme di sostegno a livello locale o regionale		

## 5. sommare i redditi di cui al punto 4A (marzo e aprile) e 4B completando le seguenti dichiarazioni:

5.1 DICHIARA CHE NELLA PRIMA MENSILITA' SUCCESSIVA AL 23 FEBBRAIO, LA SOMMA DEI REDDITI E ALTRE FORME DI SOSTEGNO AL REDDITO DEL PROPRIO NUCLEO CONVIVENTE,  
E' PARI A EURO \_\_\_\_\_

5.2 DICHIARA CHE NELLA SECONDA MENSILITA' SUCCESSIVA AL 23 FEBBRAIO, LA SOMMA DEI REDDITI E ALTRE FORME DI SOSTEGNO AL REDDITO DEL PROPRIO NUCLEO CONVIVENTE,  
E' PARI A EURO \_\_\_\_\_

6. DICHIARA che il proprio datore di lavoro ha fatto richiesta di cassa integrazione

**sì**       **no**

Se sì indicare l'importo ricevuto o che riceverà (se noto) € \_\_\_\_\_

7. DICHIARA che in caso di accoglimento della domanda, il contributo dovrà essere liquidato sul seguente codice Iban : \_\_\_\_\_ intestato a proprio nome.

## Dichiara altresì

Di essere a conoscenza dell'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 GDPR 2016/679 e art. 13 D.Lgs. 196/2003 s.m.i.) pubblicata al seguente link:

<http://egov3.halleysardegna.com/sadali/zf/index.php/trasparenza/index/index/categoria/249>

Luogo/data

La/Il dichiarante\*

\_\_\_\_\_

\* E' obbligatorio allegare copia di un (documento d'identità se non già presentato).