|  |  |
| --- | --- |
|  | **Mod. S1/2016** |

**DOMANDA DI RICHIESTA DELL’INDENNITÀ PER I LAVORATORI DIPENDENTI DEL SETTORE PRIVATO E AGRICOLO DI AZIENDE UBICATE NELL’AREA DEL SISMA (Art.45 comma 1 del D.L. N.189/2016 Convertito In Legge N.229 Del 15/12/2016 “Interventi urgenti a favore delle popolazioni colpite dal sisma del 24 agosto 2016, del 26 e 30 ottobre 2016” e Convenzione Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, Ministero dell’Economia e delle Finanze, Presidente della Regione Abruzzo del 20 gennaio 2017).**

**Alla Regione Abruzzo**

**Dipartimento Sviluppo Economico,**

**Politiche del Lavoro, Istruzione, Ricerca e Università**

**Servizio Lavoro – DPG007**

**Viale Bovio**

**65100 – PESCARA**

**PEC** [**dpg007@pec.regione.abruzzo.it**](mailto:dpg007@pec.regione.abruzzo.it)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Provincia di\_\_\_\_\_) domiciliato/a nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Prov. di\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016 al \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

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:

1. di essere dipendente dell’Azienda (ragione sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed operare nell’unità locale ubicata nel Comune di **(\*)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ), in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

***N.B.:***

**(\*)** con riferimento all’art. 1 comma 1, del D.L. 189/2016, per i lavoratori operanti nel comune di TERAMO è necessario allegare una dichiarazione di inagibilità del fabbricato, casa di abitazione, studio professionale, azienda presso cui viene svolta l’attività lavorativa o con cui si ha il rapporto di lavoro, emesso dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con trasmissione agli uffici dell’Agenzia delle entrate e dell’Istituto nazionale per la previdenza sociale territorialmente competenti.

**(\*)** con riferimento all’art. 1, comma 2, del D.L. 189/2016, per i lavoratori operanti nei comuni diversi da quelli indicati negli Allegati 1 e 2 del D.L. 189/2016, è necessario allegare apposita perizia asseverata che dimostri il nesso di causalità diretto tra i danni ivi verificatisi e gli eventi sismici verificatisi a far data dal 24 agosto 2016.

1. □ di essere (*oppure*) □ di non essere lavoratore del settore agricolo

*(barrare la parte che interessa)*

1. di essere impiegato con il seguente contratto di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di svolgere un orario di lavoro settimanale pari ad ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. di aver acquisito dal datore di lavoro l’informazione 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.), in quanto non fruibili dall’azienda di appartenenza.
4. □ di non aver fruito nell’anno 2016 della CIG in deroga regionale

□ di aver fruito della CIG in deroga regionale nel periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

7.

1. A causa dell’evento sismico del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di essere stato impossibilitato a prestare l’attività lavorativa nel periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, per un numero di ore pari a \_\_\_\_\_\_.

oppure:

1. A causa dell’evento sismico del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di essere stato impossibilitato a recarsi al lavoro nel periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ , per un numero di giornate pari a \_\_\_\_\_ e per un numero di ore pari a \_\_\_\_\_\_\_ , in quanto impegnato nella cura dei familiari conviventi per infortunio/malattia(max 30 giornate).

Comunica che il pagamento da parte dell’INPS deve avvenire mediante accredito al seguente codice IBAN:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero mediante bonifico domiciliato presso l’ufficio postale/Banca

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Allega pertanto alla presente domanda il mod.INPS “COD.SR163” debitamente compilato e sottoscritto.***

9.

Il sottoscritto **delega l’Azienda** di appartenenza (indicare la ragione sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , alla presentazione della presente domanda alla Regione Abruzzo, nonché ad ulteriori adempimenti oltre ad eventuale documentazione integrativa richiesta a tal fine dall’INPS 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.

Si autorizza l’utilizzo dei dati ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Alla domanda va allegata copia fotostatica di un documento di identità del richiedente in corso di validità.***

**(\*\*)** Il referente per la domanda è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo di PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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