

**ALLEGATO DE –
AUTOCERTIFICAZIONE DANNO ECONOMICO DERIVANTE DAL
PERDURARE DELL'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov. _____) il ____/____/____

Codice Fiscale: _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, ovvero di formazione od utilizzo di atti falsi

DICHIARA

Di aver subito, nell'anno 2020, in seguito al diffondersi dell'epidemia causata dal virus denominato Covid-19, per il quale il Governo con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 31 gennaio 2020 ha dichiarato lo stato di emergenza sanitaria, una grave crisi economica derivante da:

1. diminuzione del reddito di lavoro dipendente per collocazione in cassa integrazione di un componente del nucleo familiare nel seguente periodo:

Cognome e nome	Periodo dal al	Azienda	Sede Azienda

2. mancato rinnovo del contratto a termine scaduto il _____ del Sig. _____ da lavoratore dipendente dell'Azienda

con sede in _____

3. licenziamento di un componente del nucleo familiare Sig. _____ in data _____ da lavoratore dipendente dell'Azienda _____

con sede in _____

4. aver subito la riduzione dell'orario di lavoro nel/i seguente/i periodi:

dal _____ al _____ nella misura del _____%

dal _____ al _____ nella misura del _____%

dal _____ al _____ nella misura del _____%

5. chiusura/ sospensione TOTALE PREVALENTE dell'attività di _____

Avente P.IVA n. _____

nell'anno 2020 per effetto dei DDPCM dell'11/3/20, 22/3/2020 e seguenti:

dal _____ al _____

oppure

Che l'impresa ha subito la chiusura/sospensione PARZIALE PREVALENTE dell'attività nell'anno 2020 per effetto dei DDPCM dell'11/3/2020, 22/3/2020 e seguenti:

dal _____ al _____

di avere sede operativa in _____

6. cessazione dell'attività di impresa o professionale di _____

avente P.IVA n. _____ con decorrenza dal _____

7. malattia grave o decesso avvenuto in data _____ di un

componente del nucleo familiare Sig. _____
percettore di reddito nell'anno 2020

quale Lavoratore dipendente SI NO (Se barrata la casella SI compilare il campo seguente)

dell'Azienda _____ con sede in _____

Oppure

quale esercente attività di azienda o libero professionale SI NO
(Se barrata la casella SI compilare il campo seguente) concernente l'attività di:

_____ denominata
_____ avente sede in _____

8. Altro: (specificare) _____

(Luogo e data)

(Firma del richiedente per esteso e leggibile)



NOTE PER LA COMPILAZIONE DELL'AUTOCERTIFICAZIONE

CASISTICA N. 1	<ul style="list-style-type: none">• Inserire i periodi in cui il dichiarante o i familiari componenti il nucleo familiare siano stati collocati in cassa integrazione nell'anno 2020.
CASISTICA N. 2	<ul style="list-style-type: none">• Inserire la data di scadenza del contratto a termine non rinnovato e l'Azienda con la quale era stato sottoscritto il contratto cessato
CASISTICA N. 3	<ul style="list-style-type: none">• Inserire la data di licenziamento e il nominativo dell'Azienda che ha provveduto al licenziamento.
CASISTICA N. 4	<ul style="list-style-type: none">• Inserire i periodi in cui è stata subita la riduzione di orario di lavoro dipendente
CASISTICA N. 5	<ul style="list-style-type: none">• Inserire breve descrizione dell'attività esercitata quale lavoratore autonomo e i periodi dell'anno 2020 di sospensione subiti per l'emergenza epidemiologica
CASISTICA N. 6	<ul style="list-style-type: none">• Inserire la data di cessazione dell'attività.
CASISTICA N. 7	<ul style="list-style-type: none">• Inserire nominativo del componente del nucleo familiare che si è ammalato gravemente durante il 2020 o la data di decesso percettore di reddito; se lavoratore dipendente indicare l'Azienda presso la quale prestava l'attività lavorativa; se esercente attività autonoma inserire descrizione dell'attività e denominazione e sede
CASISTICA N. 8	<ul style="list-style-type: none">• Inserire eventuale altra condizione subita nell'anno 2020 a causa dell'emergenza epidemiologica che possa aver influito sulla crisi economica
DOCUMENTI DA ALLEGARE	
CASISTICA N. 2	Copia del contratto scaduto di cui è stato dichiarato il mancato rinnovo a causa Covid-19
CASISTICA N. 3	Lettera di licenziamento
CASISTICA N. 6	Allegare comunicazione SUAP