



**COMUNE DI ALA' DEI SARDI**  
*Provincia di Sassari*

ALLA C.A. del Responsabile dei Servizi Sociali  
Del Comune Di  
Alà dei Sardi  
geom. F.Ledda

**Integrazione**  
**Bonus regionale**  
**LR 12/2020**

**Autodichiarazione da allegare al Modulo Domanda**  
PER I SOLO DESTINATARI DEI CONTRIBUTI INPS - NASPI E CASSA INTEGRAZIONE

da consegnare entro le **ore 13:00 del 22 maggio 2020** personalmente c/o l'ufficio protocollo oppure tramite la mail Area Servizi Generali - Area Amm.va [segre.aladeisardi@tiscali.it](mailto:segre.aladeisardi@tiscali.it) allegando un documento di identità

La/Il Sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in

Via/Piazza/Loc \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ int \_\_\_\_\_

Numero telefonico \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

- Avendo già presentato formale istanza per accedere ai contributi di cui alla L.R. n°12/2020;
- Essendosi reso necessario assumere ulteriori informazioni senza le quali non è possibile valutare l'istanza in parola ;
- A tal fine, 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)

## DICHIARA

- **che nel proprio nucleo sono presenti destinatari di contributi economici riferiti alle seguenti misure :**

BARRARE LA TIPOLOGIA DEL CONTRIBUTO	NATURA DEL CONTRIBUTO	IMPORTO ASSEGNATO E <u>GIA'</u> <u>PERCEPITO</u>	IMPORTO ASSEGNATO MA NON ANCORA PERCEPITO
<input type="checkbox"/>	Indennità di Disoccupazione	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/>	Cassa Integrazione	€ _____	€ _____
<input type="checkbox"/>	Bonus Inps "Cura Italia" di € 600,00	€ _____	€ _____

Nominativo destinatario del contributo \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ grado  
di parentela con il dichiarante \_\_\_\_\_.

Allegare doc. identità

Luogo/data

La/Il dichiarante

\_\_\_\_\_