



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**

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 e 76 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 dell'abitazione, 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.

2. di essere (*oppure*) di non essere lavoratore del settore agricolo
(barrare la parte che interessa)
3. di essere impiegato con il seguente contratto di lavoro _____
4. di svolgere un orario di lavoro settimanale pari ad ore _____
5. 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.

6. 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.
- a) 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:

- b) 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).

8.
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*