

REGIONE ABRUZZO

Dipartimento Lavoro - Sociale

ALLEGATO A – Istanza (da compilare on line)

Codice marca da bollo

AVVISO PUBBLICO

finalizzato a sostenere i lavoratori autonomi con sovvenzioni a fondo perduto, una tantum, a compensazione della perdita di reddito subita a causa della pandemia Covid 19

Il/La sottoscritto/a	
nato/a	Cognome e Nome del firmatario della domanda
residente	Luogo e data di nascita
codice fiscale	Comune, via – Prov. – CAP
Titolo di studio	Codice fiscale personale
sede legale dell'attività autonoma	Selezionare
sede operativa (se diversa dalla sede legale)	Comune, via – Prov. – CAP della sede legale
Codice ATECO 2007	Comune, via – Prov. – CAP della sede operativa
Partita IVA/codice fiscale	6 cifre
Pec – tel. fisso e mobile - email	P.IVA/Codice fiscale
Iscritta al registro delle imprese di (ove ricorre)	La PEC aziendale è obbligatoria
	Luogo – n.ro REA – data di iscrizione

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penali previste, in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

- ✓ di aver preso integrale visione dell'Avviso pubblico SOVVENZIONI UNA TANTUM per lavoratori autonomi finalizzato a sostenere i lavoratori autonomi con sovvenzioni a fondo perduto, una tantum, a compensazione della perdita di reddito subita a causa della pandemia Covid 19, compreso ed accettato senza alcuna riserva;
- ✓ di rientrare nella tipologia di soggetti beneficiari di cui all'articolo 3 co. 1 dell'Avviso in quanto **(barrare e compilare la casella pertinente con i dati richiesti)**:

LINEA 1

<input type="checkbox"/>	<i>Soggetto esercente attività di lavoro autonomo</i>	
	iscritto alla sezione speciale dell'Assicurazione Generale Obbligatoria:	
	al numero:	

<input type="checkbox"/>	<i>Titolare di partita IVA</i>	
	iscritto in via esclusiva alla gestione separata INPS	
	al numero:	

LINEA 2

<input type="checkbox"/>	<i>Libero professionista iscritto all'albo professionale dei/degli:</i>	
	Iscritto alla Cassa professionale privata:	
	al numero:	

- ✓ di possedere i requisiti di ammissibilità di cui all'articolo 3 co. 2 del presente avviso:

<input type="checkbox"/>	sede/studio dell'attività localizzati nella Regione Abruzzo;
<input type="checkbox"/>	partita iva attiva al momento della presentazione della domanda;
<input type="checkbox"/>	inizio di attività (ossia p.iva attiva) prima del 01/01/2019;
<input type="checkbox"/>	data di inizio attività il _____ (stessa data risultante da allegato D);
<input type="checkbox"/>	ricavi/compensi anno 2019 non superiori a € 80.000,00, come risultanti dal modello di dichiarazione redditi persone fisiche 2020/periodo di imposta 2019 trasmesso all'Agenzia delle Entrate – Tabella 1 ;
<input type="checkbox"/>	riduzione dei ricavi/compensi dell'anno 2020 rispetto all'anno 2019 almeno pari al 30% come di seguito specificato:

☐ anno 2020 €. (per l'anno 2020 la voce compensi/ricavi sarà pari al valore dell'attestazione del soggetto abilitato alla trasmissione telematica dei documenti contabili di cui all' All. B)

☐ anno 2019 €. (valore della Dichiarazione Redditi anno 2019 allegato C secondo le indicazioni contenute nella TABELLA 1)

variazione % (calcolo automatico)

☐ non esercitare un'attività economica incompatibile con il regime di aiuti del Regolamento (UE) 1407/2013 di cui all' art. 12 dell'Avviso;

☐ essere in regola con la disciplina in materia di aiuti di Stato.

CHIEDE

✓ la corresponsione della sovvenzione erogata sotto forma di contributo una tantum a fondo perduto riconosciuto dalla Regione Abruzzo nell'ambito dell'Avviso pubblico SOVVENZIONI UNA TANTUM per lavoratori autonomi a valere sul POR FSE 2014-20 – P.O. 2018-2020, pari a:

☐ €. 2.000,00 (duemila);

☐ €. 4.000,00 (quattromila) e di avere il seguente lavoratore dipendente NOME _____ COGNOME _____
CODICE FISCALE _____ con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato in essere alla data di presentazione della domanda.

✓ che l'importo concesso venga accreditato sul seguente conto corrente bancario/postale intestato al lavoratore autonomo:

c/c bancario/postale _____ n. _____

Intestato a _____

IBAN

PAESE	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE

dichiara altresì (*barrare la casella di interesse*):

☐ di essere l'unico soggetto titolato ad operare sul conto corrente sopra indicato, non essendo stati delegati altri soggetti al riguardo;

☐ di non essere l'unico soggetto titolato ad operare sul conto corrente sopra indicato, essendo stati delegati altri soggetti di cui si indicano le generalità ed il codice fiscale:

Nome e Cognome:	_____
Codice Fiscale	_____
Luogo e data di nascita	_____
Residenza	_____

ALLEGA

- ✓ Allegato B - Attestazione redatta dal soggetto abilitato alla trasmissione telematica dei documenti contabili (soggetto che deve essere diverso dal richiedente)
- ✓ Allegato C - Dichiarazione dei redditi anno 2019 utilizzata per la dimostrazione del requisito di accesso di cui all'art. 3 comma 2 lett. d) completa di ricevuta di trasmissione e protocollo alla Agenzia delle Entrate
- ✓ Allegato D - Copia del certificato di attribuzione alla P.I.V.A rilasciato dalla Agenzia delle Entrate oppure Visura camerale aggiornata (solo in caso di iscrizione al Registro delle Imprese) utilizzata per la dimostrazione dei requisiti di accesso di cui all'art. 3 comma 2 lett. a, b e c

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei dati", manifesta il consenso a che la Regione Abruzzo proceda al trattamento, anche automatizzato, dei dati personali e sensibili, ivi inclusa la loro eventuale comunicazione/diffusione ai soggetti indicati nella predetta informativa, limitatamente ai fini ivi richiamati.
