

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
**(art. 19 e art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

La/Il sottoscritta/o .....  
C.F. .... nata/o a ..... (...)  
il ..... e residente a ..... (...) in via  
..... n. .... di cittadinanza .....,  
consapevole della responsabilità penale e delle con-seguenti sanzioni cui può andare incontro in  
caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n.  
445/2000 nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in seguito a  
provvedimenti emessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art. 75 del  
D.P.R. n. 445/2000

**Indennità a favore dei lavoratori autonomi la cui attività è stata sospesa a causa degli eventi  
alluvionali verificatisi dal 1° maggio 2023.**

In riferimento al Decreto-legge 1 giugno 2023, n. 61, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale – Serie  
Generale n. 127 del 1 giugno 2023, recante “Interventi urgenti per fronteggiare l'emergenza  
provocata dagli eventi alluvionali verificatisi a partire dal 1° maggio 2023”.

Consapevole delle sanzioni amministrative e/o penali che possono derivare dalla presentazione  
della domanda con dati inesatti, infedeli o mendaci e delle conseguenze penali, civili ed  
amministrative, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 2000 per chi rende dichiarazioni  
false, dichiaro sotto la propria responsabilità, anche ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 45 del  
predetto D.P.R. n. 445 del 2000, di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla disciplina  
normativa dettata per la indennità da me richiesta e, in particolare, come previsto ex articolo art.1-  
quater dl 228/2021

DICHIARA (le seguenti opzioni devono ricorrere tutte):

- di rientrare nell'ambito di una delle categorie di lavoratori previste dall'art. 8 del DL 61/2023;
- che sussistono i requisiti previsti dalla legge per la categoria di appartenenza;
- che tutti i dati, le attestazioni e le informazioni fornite nel presente modulo di domanda rispondono a verità;
- di essere a conoscenza che l'INPS procederà alle verifiche ed ai controlli di rito, nonché sono consapevole che con la sottoscrizione e presentazione della presente domanda, comunque autorizzo, ove occorra, il predetto Istituto ad effettuare ogni opportuna verifica e controllo in relazione ai dati, informazioni ed attestazioni contenute nel presente modulo;
- di essere consapevole che, qualora dai controlli emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei dati forniti, decadrò dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera o dei dati inesatti o infedeli, nonché del conseguente obbligo di restituire all'INPS quanto indebitamente percepito, ferma restando ogni altra sanzione e conseguenza di legge.

INOLTRE DICHIARA (selezionare una opzione):

- O di essere residente in uno dei Comuni individuati nell'allegato 1 del DL 61/2023 alla data del 1° maggio 2023;

- di essere domiciliato in uno dei Comuni individuati nell'allegato 1 del DL 61/2023 alla data del 1° maggio 2023;
- di svolgere l'attività lavorativa esclusivamente in uno dei Comuni individuati nell'allegato 1 del DL 61/2023 alla data del 1° maggio 2023;
- di essere un lavoratore titolare di rapporti di agenzia e di rappresentanza commerciale e di svolgere attività lavorativa prevalentemente in uno dei Comuni individuati nell'allegato 1 del DL 61/2023 alla data del 1° maggio 2023;

Dichiara inoltre (dichiarazione facoltativa: indicare una sola opzione esclusivamente se effettivamente applicabile):

- di essere assimilato al regime fiscale dei lavoratori dipendenti (parasubordinati, collaboratori, dottorandi, assegnisti di ricerca e medici in formazione specialistica)
- di essere persona fisica che esercita attività di impresa, arte o professione con regime forfettario;
- di essere lavoratore autonomo agricolo titolare di reddito agrario.

Dichiara il seguente periodo di **sospensione dell'attività**:

dal ..... al .....

dal ..... al .....

Indicare Iban bancario nel quale si chiede l'accredito del contributo:

**IBAN:**

Ai fini dell'invio della domanda è in possesso di (selezionare):

- Spid
- Smart card (Si trova presso Confcommercio Cesena? .....

Cellulare a cui essere contattato per finalizzare l'invio della domanda: .....

Luogo .....

Data .....

IL DICHIARANTE<sup>1</sup>

firma autografa

.....  
Allegare copia del documento di identità del firmatario

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 s'informa che i dati e le informazioni raccolti nella presente dichiarazione verranno utilizzati unicamente per le finalità per le quali sono state acquisiti.

<sup>1</sup> La dichiarazione può essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto, esibendo un documento d'identità, oppure può essere inviata già sottoscritta a mezzo posta, fax o per via telematica unitamente a copia fotostatica non autenticata di un valido documento di identità o di riconoscimento del sottoscrittore.