

**ALLEGATO 2**

**Dichiarazione sussistenza casistica emergenza covid19**

**“SOSTEGNO AL MANTENIMENTO DELL’ALLOGGIO IN LOCAZIONE IN RELAZIONE ALLE DIFFICOLTÀ ECONOMICHE DERIVANTI DALL’EMERGENZA SANITARIA COVID19 ANNO 2020” - MISURA UNICA”**

**DEVE ESSERE COMPILATA UNA DICHIARAZIONE PER OGNI COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE RIENTRANTE NELLE CASISTICHE COVID19;**

Il/la sottoscritto/a \*(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

in relazione alla domanda di contributo ai sensi della D.G.R. 3008/2020 e del relativo Bando pubblicato dall’Azienda Speciale Galliano di Cantù.

**DICHIARA che:**

- se stesso;
- il proprio familiare (indicare nome e cognome) \_\_\_\_\_;

**A PARTIRE DAL 1 MARZO 2020 si è trovato nella seguente situazioni connesse all’emergenza sanitaria COVID19:**

**1) Cessazione, riduzione o assenza dell’attività lavorativa: *(indicare una sola opzione)***

- Licenziamento avvenuto in data \_\_\_\_\_;  
*(Allegare lettera di licenziamento);*
- Mancato rinnovo del contratto a termine  
*(Allegare contratto in scadenza e/o documento comprovante il mancato rinnovo per ogni componente);*
- Riduzione oraria almeno del 20% dell’orario di lavoro anche in seguito ad accordi aziendali e sindacali **senza l’attivazione di cassa integrazione**  
*(Allegare accordo azienda, buste paga delle ultime tre mensilità o altro documento in cui emerga l’entità della riduzione oraria, per ogni componente familiare);*
- Libero professionista che ha subito un’interruzione dell’attività di lavorativa dalla data \_\_\_\_\_ a causa dell’emergenza covid-19;  
*(Allegare documentazione/autocertificazione in cui emerga la tipologia di attività svolta e l’interruzione dell’attività lavorativa);*
- Titolare di P.IVA con un fatturato nel trimestre marzo - maggio 2020 inferiore di almeno del 33% rispetto allo stesso trimestre 2019 a causa dell’emergenza Covid19  
*(Allegare autocertificazione e fatturazione relativa al periodo marzo - maggio 2020 e marzo – maggio 2019);*
- Percettore di cassa integrazione a causa dell’emergenza covid-19  
*(allegare comunicazione del datore di lavoro/inps rispetto all’attivazione della cassa integrazione per ogni componente del nucleo familiare);*

**2) Ricovero ospedaliero per sintomi COVID-19 o decesso di un componente del nucleo familiare *:(indicare una sola opzione)***

- Ha contratto una grave malattia a causa del covid-19  
*(allegare documentazione ricovero/certificato medico per ogni componente del nucleo familiare);*
- È deceduto/i a causa del covid-19;  
*(allegare certificato di morte per ogni componente del nucleo familiare);*

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**\* deve corrispondere al richiedente dell’allegato 1**