|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | c.a. | **Direttore**  **Ufficio Speciale Ricostruzione**  **Regione Marche**  **MACERATA / ASCOLI PICENO**  PEC: [regione.marche.usr@emarche.it](mailto:regione.marche.usr@emarche.it) |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Oggetto: | **LEGGE 15 dicembre 2016, n. 229. Ordinanza n° 9 del 14/12/2016, art.10.**  **Richiesta di rimborso per la delocalizzazione immediata e temporanea delle attività economiche danneggiate dagli eventi sismici del 24 agosto, 26 e 30 ottobre 2016.** |  | |
| **DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/la Sottoscritto/a, cognome: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | nome: | | |
| nato a: | | | | | | | | | | | | | Prov. | | | | | | il | | |
| Codice fiscale: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | |
| Residente nel Comune di: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Prov. | CAP | |
| Indirizzo *(via e n°)*: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **DOMICILIO da compilare qualora il domicilio del dichiarante NON coincida con la residenza** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Residente nel Comune di: | Prov. | CAP |
| Indirizzo *(via e n°)*: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RECAPITO TELEFONICO / E-MAIL** | | | |
| Tel. | Cell. | | Fax | |
| Email: | | PEC: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IN QUALITA’ DI:** *(barrare)* | | |
|  |  | Titolare di ditta individuale | |
|  |  | Legale rappresentante di società o altro ente | |
|  |  | avente titolo, quale (es.: tutore di minore, curatore, procuratore, ecc.): | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATI IDENTIFICATIVI DELL’IMPRESA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominazione o ragione sociale e natura giuridica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sede operativa nel Comune di: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Prov. | | | | | | CAP | | | | | | | |
| Indirizzo *(via e n°)*: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice fiscale: |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | P. IVA: | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| Iscritta al Registro Imprese della C.C.I.A.A. di | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N° | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Foglio: | | | | | | | | mappale: | | | | | | | | | | | subalterno: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Superficie della sede danneggiata (mq): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COORDINATE BANCARIE DA UTILIZZARE PER IL RIMBORSO SPESE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Istituto di Credito: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| filiale di: | | | | | | | | | | | | | indirizzo: | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nel caso in cui ci si avvalga di un libero professionista, associazione di categoria O PROCURATORE, per l’invio telematico Indicare il nominativo del DELEGATO A RICEVERE eventuali comunicazioni. | | | |
| Cognome e nome: | | | |
| Tel. | Cell. | | Fax |
| Email: | | PEC: | |

Ai sensi della LEGGE 15 dicembre 2016, n. 229. Conversione in legge, con modiﬁcazioni, del decreto-legge 17 ottobre 2016, n. 189, recante interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dal sisma del 24 agosto 2016, dell’Ordinanza n° 9 del 14 Dicembre 2016, del Commissario di Governo per la Ricostruzione nei Territori interessati dal sisma iniziato il 24 Agosto 2016,

avendo provveduto autonomamente a delocalizzare l’attività economica in questione prima dell’entrata in vigore della predetta Ordinanza n° 09 del 14/12/2016

**CHIEDE**

|  |  |
| --- | --- |
| **il rimborso delle spese sostenute per un importo complessivo pari ad EURO:** | **(IVA compresa).** |

**Riepilogo delle spese:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipologia di spesa** | **Importo €** |
| Interventi edili per adeguamento locali ed impianti |  |
| Affitto di locale/area/modulo |  |
| Acquisto di locale/area/modulo |  |
| Acquisto e/o riparazione e/o noleggio di macchinari e/o attrezzature |  |
| Spese tecniche |  |
| (altro) |  |
| Totale |  |

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA**

* che la delocalizzazione dell’attività produttiva è avvenuta:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | in altro edificio agibile sito nello stesso comune; |
|  |  | all’interno del lotto di pertinenza dell’insediamento danneggiato o nelle aree immediatamente adiacenti; |
|  |  | all’interno di una struttura unitaria all’uopo predisposta (ODPC n. 408 del 15 novembre 2016, art. 3); |
|  |  | all’interno di un’area pubblica attrezzata dal Presidente della Regione interessata, in qualità di Vice Commissario; |
|  |  | su area sita nel territorio di Comune confinante: |
|  |  | altro: |

* che l’attività di

è stata sospesa in quanto i locali:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | sono stati oggetto di ordinanza sindacale di sgombero totale a seguito di verifica di agibilità tramite schede AeDES o GL-AeDES; |
|  |  | sono ricompresi all’interno della “zona rossa”; |

* che la delocalizzazione temporanea dell’attività è avvenuta prima del 15 Dicembre 2016;
* di essere in possesso dei requisiti morali e professionali richiesti per l’esercizio dell’attività sopra indicata;
* altro *(descrivere)* :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | di essere in possesso di certificazione di AGIBILITA’ *(nel caso di delocalizzazione su altro fabbricato);* |

Si allegano:

**Perizia asseverata** redatta da un professionista abilitato, contenente:

*(barrare)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *la descrizione delle caratteristiche tecniche e dimensionali dell’edificio distrutto o gravemente danneggiato, comprese finiture ed impianti, con attestazione della riconducibilità causale dei danni subiti agli eventi sismici 2016;* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *l’illustrazione in dettaglio dei danni subiti dall’edificio, nonché di quelli subiti dai macchinari, dalle attrezzature e dalle scorte con la descrizione del programma di riacquisto e/o ripristino;* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *la descrizione delle attività svolte dall’impresa o dal comune che ha effettuato la delocalizzazione;* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *la descrizione dell’edificio ove l’impresa o il comune ha delocalizzato la propria attività, con indicazione della sua ubicazione, delle dimensioni, della dotazione impiantistica e delle caratteristiche tecniche;* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *il progetto della struttura temporanea di delocalizzazione realizzata nel lotto di pertinenza o nelle aree adiacenti all’insediamento danneggiato, corredato da documentazione che attesti la disponibilità dell’area;* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *la descrizione degli interventi che si sono resi necessari per adeguare e rendere funzionale, anche dal punto di vista impiantistico, l’edificio preso in locazione o la struttura temporaneamente realizzata nel lotto di pertinenza o nelle aree adiacenti;* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *la copia o l’indicazione degli estremi dell’ordinanza di inagibilità che ha interessato l’edificio, nonché la copia o i dati identificativi della scheda AeDES su cui l’ordinanza si basa;* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *il canone di locazione dell’edificio;* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *il costo degli interventi sostenuti per dotarlo degli impianti necessari al ripristino dell’attività economica o produttiva;* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *il computo metrico consuntivo delle opere che sono state eseguite predisposto utilizzando il prezziario unico interregionale approvato dal Commissario straordinario;* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *il costo di acquisto o noleggio dei macchinari e delle attrezzature;* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *il costo di ripristino delle scorte;* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *l’importo delle spese tecniche sostenute e rimborsabili (max 5% del costo delle opere eseguite);* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *l’eventuale indennizzo assicurativo già percepito dal richiedente per i danni subiti ovvero la stima dell’indennizzo se richiesto, ma non ancora liquidato;* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *gli estremi di un conto corrente bancario intestato al richiedente, ai fini del successivo rimborso delle spese sostenute;* |

**Altra documentazione**:

*(barrare)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Documentazione fiscale attestante la spesa sostenuta per la delocalizzazione temporanea dell’attività economica;** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Piante, prospetti e sezioni dell’edificio inagibile;** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Piante, prospetti, sezioni e agibilità dell’edificio/struttura temporanea destinato/a alla delocalizzazione dell’attività economica;** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Documentazione fotografica** (specificare) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Certificazioni e/o autorizzazioni** (specificare)**:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Elenco dei macchinari e/o attrezzature** con stesse caratteristiche di quelle distrutte o gravemente danneggiate; |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Elenco delle scorte distrutte e/o inutilizzabili** (ripristinate); |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **I dati identificativi della/e impresa/e** che ha proceduto agli interventi di adeguamento edificio/struttura temporanea che ospiterà la delocalizzazione dell’attività. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | il **progettista** e il **direttore dei lavori** incaricati per gli interventi sull’edificio ove il richiedente ha delocalizzatoe la propria attività. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **dichiarazione autocertificativa** con la quale l’**impresa incaricata di eseguire i lavori** attesta di aver presentato domanda di iscrizione nell’Anagrafe (art. 30, comma 6, D.L. n. 189 del 2016, allegando la relativa ricevuta); |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **dichiarazione autocertificativa** con la quale il **professionista incaricato** della progettazione e/o della direzione dei lavori attesta di essere in possesso dei requisiti di cui all’art. 34, comma 2, del D.L. n. 189 del 2016, impegnandosi ad iscriversi nell’elenco speciale ivi previsto e di non avere rapporti con l’impresa appaltatrice; |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | eventuale **polizza assicurativa** stipulata, in data anteriore al 24 agosto 2016, per il risarcimento dei danni conseguenti all’evento sismico con l’indicazione dell’importo riconosciuto o in corso di determinazione. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Copia del **documento d’identità del firmatario;** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Per i cittadini non comunitari: **permesso di soggiorno o carta di soggiorno in corso di validità;** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | In caso di invio telematico da parte di un RAPPRESENTANTE (associazione/libero professionista): **Procura speciale**; |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | In caso di esercizio congiunto con altre attività: **Atto di assenso del titolare dell’attività ospitante**. |

|  |
| --- |
| **PRIVACY** |
|  |
| Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. |

Data / /

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Firma)*