

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI FINALIZZATI AL SOSTEGNO DELLA MOBILITÀ
CASA-LAVORO IN FAVORE DELLE PERSONE DISABILI CHE NECESSITANO DI TRASPORTI
PERSONALIZZATI DA E VERSO IL LUOGO DI LAVORO – ANNO 2019**

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale																			
Partita IVA (se in possesso)																			

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

Via _____ n. _____, Telefono _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76, nonché della decadenza dagli eventuali benefici acquisiti in caso di non veridicità del contenuto della dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

a) di essere nella seguente condizione lavorativa:

tipo di lavoro (specificare se subordinato o autonomo) _____
 qualifica/mansione _____
 tempo di lavoro (pieno/parziale; se parziale indicare percentuale) _____
 datore di lavoro _____
 periodo di attività nel 2019 (indicare date inizio/fine) _____
 sede di lavoro _____
 orario giornaliero di lavoro (data inizio/fine) _____

b) di utilizzare i seguenti mezzi per recarsi al lavoro:

b.1 servizio di trasporto pubblico/privato erogato da (nome ditta) _____
 costo tratta/tragitto giornaliero _____
b.2 servizio reso da Associazione di Volontariato o analoga organizzazione (nome) _____
 rimborso tratta/tragitto giornaliero _____
b.3 Organizzato in autonomia con il supporto di un volontario singolo (cognome e nome) _____
 tipo relazione con trasportato (parente/affine/collega di lavoro) _____
 mezzo utilizzato marca/modello _____ TARGA _____ ANNO IMM/NE _____

c) di non essere destinatario, nel triennio antecedente la data di pubblicazione del presente Bando, di assegnazione da parte dell'Azienda Sanitaria di ausili specifici per l'autonomia nel trasporto;

d) di essere supportato nel tragitto dal sig. (nome e cognome) _____ (relazione) _____

e) di essere (o essere stato) residente nel Distretto socio-sanitario di Rimini Nord dal _____ al _____

ALLEGA

La seguente documentazione attestante i requisiti prescritti dal Bando:

- 1) copia di un documento d'identità di colui che sottoscrive la domanda e *del volontario di cui al punto d)*;
- 2) Certificazione rilasciata da INPS o altra Amministrazione competente che attesti Condizione di Disabilità Certificata che consenta l'accesso al collocamento mirato ai sensi dell'art. 1 della L. n. 68/1999.
- 3) La dichiarazione delle spese effettivamente sostenute;
- 4) La modalità di accredito del sussidio;
- 5) Attestazione del servizio sociale territoriale dello stato di necessità del trasporto personalizzato da e verso il luogo di lavoro **(SOLO PER COLORO CHE NON HANNO GIA' PRODOTTO DOMANDA PER I BANDI 2017-2018)**

CHIEDE

L'erogazione del rimborso, da erogarsi in conformità al Bando.

Firma del Dichiarante

(firma leggibile)

Dichiaro di avere preso visione della Informativa sulla Privacy affissa all'ingresso dell'ufficio (art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679)

Firma del Dichiarante

(firma leggibile)

OGGETTO: PROCEDURA AGEVOLATA PER L'EMISSIONE DEI CONTRIBUTI (all. 3)

Il/La sottoscritto/a titolare della domanda

EVENTUALE DELEGA ALL'INCASSO

(riguarda i titolari della domanda che NON sono in possesso di uno degli strumenti di incasso di seguito elencati o che a causa di impedimenti fisici, non possono recarsi presso la Banca Unicredit per il ritiro delle somme)

Il Sig/ra _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in via _____,
n. _____ CF _____;

CHIEDE

che il pagamento delle somme dovute da Codesto Comune, siano effettuate con le modalità sottoindicate:

ACCREDITO SU C/C BANCARIO
presso l'Istituto Bancario _____ sede _____
IT □□□ ABI □□□□□ CAB □□□□□ C/C n. □□□□□□□□□□□□□□

ACCR. LIBRETTO DEPOSITO BANCARIO – (NO POSTALE ABI 07601 CAB 03384)
IT □□□ ABI □□□□□ CAB □□□□□ C/C n. □□□□□□□□□□□□□□

ACCREDITO SU CARTA PREPAGATA BANCARIA/POSTALE (per la postale solo Evolution)
IT □□□ ABI □□□□□ CAB □□□□□ C/C n. □□□□□□□□□□□□□□

(Per le tre tipologie su riportate, l'addebito delle spese di incasso è a carico del beneficiario - Ai sensi art. 13 – comma 5 vigente Regolamento Contabilità Comunale).

PAGAMENTO DIRETTO PER CONTANTI PRESSO UNICREDIT BANCA
(IL RITIRO PER CONTANTI E' POSSIBILE SOLO NEI CONFRONTI DEL NOMINATIVO SU INDICATO)

Intestatario della domanda o suo delegato
