

**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 – COMPETENZA ANNO 2020**

Allegato sub c

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 residente nel Distretto socio-sanitario di Rimini Nord

f) di non avere ricevuto provvedimenti di DECADENZA emessi da altre Pubbliche Amministrazioni, negli ultimi 2 anni.

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 2020 e precedenti)**

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)

DICHIARAZIONE DELLE SPESE EFFETTIVAMENTE SOSTENUTE AI FINI DELL'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI FINALIZZATI AL SOSTEGNO DELLA MOBILITÀ CASA-LAVORO IN FAVORE DELLE PERSONE DISABILI CHE NECESSITANO DI TRASPORTO PERSONALIZZATO DA E VERSO IL LUOGO DI LAVORO – COMPETENZA ANNO 2020

All. sub d

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

In relazione alla domanda in oggetto, di essersi recato, nell'annualità 2020, al lavoro nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ TOT giorni _____

dal _____ al _____ TOT giorni _____

dal _____ al _____ TOT giorni _____

dal _____ al _____ TOT giorni _____

dal _____ al _____ TOT giorni _____

dal _____ al _____ TOT giorni _____

ai fini della rendicontazione delle spese effettivamente sostenute dichiara altresì:

-di essersi avvalso del servizio di trasporto pubblico/privato erogato da (denominazione/P.I. ditta) _____ al costo giornaliero di € _____ e complessivo di € _____ nelle giornate indicate nella documentazione fiscale allegata; indicare nominativo eventuale dell'accompagnatore _____

-di essersi avvalso del servizio prestato da una Associazione di Volontariato o analoga organizzazione (denominazione/CF) _____ al costo giornaliero di € _____ e complessivo di € _____ nelle giornate indicate nella documentazione fiscale allegata;

1. di essersi avvalso del servizio prestato da un volontario da parte/affine/collega di lavoro (cognome e nome) _____ modello _____ marca _____ automezzo _____ TARGA _____ nei seguenti periodi

dal _____ al _____ TOT giorni _____ TOT Km¹ _____

dal _____ al _____ TOT giorni _____ TOT Km _____

dal _____ al _____ TOT giorni _____ TOT Km _____

dal _____ al _____ TOT giorni _____ TOT Km _____

dal _____ al _____ TOT giorni _____ TOT Km _____

TOTALE COMPLESSIVO GIORNI _____ TOTALE COMPLESSIVO KM _____

DATA _____

Firma del Dichiarante

(firma leggibile)

¹ Si considerano unicamente i Km dalla dimora del trasporto al luogo di lavoro e ritorno

OGGETTO: PROCEDURA AGEVOLATA PER IL PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI

Il/La sottoscritto/a titolare della domanda

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 E PER PAGAMENTI NON SUPERIORI AD EURO 999,99)

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 _____;

Firma dell'intestatario della domanda

Si autorizza consapevoli delle sanzioni previste ai sensi del DRP 445/2000
Si allega documento di identità (solo qualora la domanda sia inviata via posta)