Allegato sub c

Domanda per l'erogazione di contributi finalizzati al sostegno della mobilità casa-lavoro in favore delle persone disabili per il tragitto da e verso il luogo di lavoro – competenza anno 2023

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 2023 (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 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 o con il supporto di un volontario singolo (cognome e nome) _____
tipo relazione con trasportato (coniuge/parente/affine entro il 3^ grado/collega di lavoro) _____
mezzo utilizzato marca_____modello_____ Targa_____
Anno immatricolazione _____ Alimentazione _____

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 residente nel Distretto socio-sanitario di Rimini Nord;

e) 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 (all. sub d)
4) La modalità di accredito del sussidio;
5) Attestazione dello svolgimento di attività di lavoro subordinato o autonomo per almeno 60 giornate, anche non continuative, nell'arco dell'anno 2023
6) 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 2021 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)

Allegato sub d

Dichiarazione delle spese effettivamente sostenute ai fini dell'erogazione di contributi finalizzati al sostegno della mobilità casa-lavoro in favore delle persone disabili per il tragitto da e verso il luogo di lavoro – competenza anno 2023

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 2022, 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 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;

- di essersi avvalso del servizio in autonomia o prestato da un volontario, coniuge/parente/affine entro il 3° grado/collega di lavoro:

cognome e nome _____ relazione _____ mezzo/modello_____

marca_____ Targa _____ Anno immatricolazione _____ nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ TOT giorni_____TOT Km[1]_____

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)