

ALLEGATO B) ALLA DETERMINAZIONE del Dirigente del IV Settore n.283 del 07/04/2021

Domanda per l'assegnazione di contributi a sostegno della mobilità casa-lavoro per persone disabili

(Delibera di Giunta regionale n. 1756 del 30-11-2020)

(Determinazione del Dirigente del IV Settore n 283 del 07/04/2021)

(compilare con i dati relativi all'interessato - beneficiario – persona disabile)

Nome e Cognome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

cap. _____ Via _____ n. _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

(compilare solo se la domanda viene fatta da persona facente le veci dell'interessato - beneficiario)

Nome e Cognome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

cap. _____ Via _____ n. _____

Tel. _____ Codice Fiscale _____

In qualità di *(Indicare se genitore, fratello / sorella, coniuge, convivente, amministratore di sostegno, tutore, ecc.)* _____
dell'interessato/a

CHIEDE

di partecipare all'Avviso pubblico indetto dall'Unione Tresinaro Secchia – Servizio Sociale Unificato e previsto dalla Determinazione del Dirigente del IV Settore 283 del 07/04/2021 per l'**assegnazione di contributo** (fino ad un limite massimo pro-capite di €. 3.000,00 – tremila/00), finalizzato a (barrare la casella interessata):

- rimborso dei costi sostenuti per la mobilità casa-lavoro-casa a persone con disabilità, inserite al lavoro e con difficoltà negli spostamenti casa-lavoro, laddove non sia garantita la raggiungibilità con mezzi pubblici adeguati e/o compatibili con gli orari di lavoro, in misura forfettaria rispetto alle spese sostenute negli spostamenti;
- spese per il conseguimento della patente di guida, allegando alla domanda i documenti di quietanza intestati o cointestati al richiedente, attestanti i costi sostenuti, presso autoscuole, nel corso del 2019;
L'importo massimo rimborsabile è così suddiviso:

Patente per ciclomotore (AM): massimo € 250,00 complessivi;

Patente A (A1, A2, A): massimo € 500,00 complessivi;

Patente B/B speciale: massimo € 1.000,00 complessivi;

- spese sostenute per il pagamento dell'assicurazione, allegando alla domanda i documenti di quietanze intestati o cointestati al richiedente, attestante i costi sostenuti per l'assicurazione del veicolo. La persona deve possedere la patente idonea alla guida del veicolo assicurato e deve essere intestatario del mezzo. L'importo massimo rimborsabile è pari ad € 500,00;
- spese per servizio di taxi o di altro servizio di trasporto personalizzato erogato da società, associazioni di volontariato e/o privati con conducente regolarmente retribuito ai sensi di legge.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole:

- delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D. P. R. 445/2000 in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, di formazione o utilizzo di atti falsi;
- della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art 75 del D. P. R. 445/2000;

DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D. P. R. 445/2000)

(nel caso il richiedente non sia la persona disabile, i dati di seguito riportati dovranno essere quelli della persona interessata a beneficiare del contributo, ossia il lavoratore disabile)

che la persona disabile, beneficiaria della domanda di contributo, risulta :

1) residente nel Comune di _____ ;

2) inserita al lavoro presso: *(Dati relativi all'ambito di lavoro)*

Ragione sociale ditta _____

Sede di lavoro: Via _____ n° _____

Cap. _____ Comune _____ Prov. _____

Tipologia di contratto di lavoro: *(barrare la casella interessata)*

- contratto a tempo indeterminato e a tempo _____ (pieno o parziale);
data di assunzione _____
- contratto a tempo determinato e a tempo _____ (pieno o parziale)
dal _____ al _____

3) invalidità al _____ % con riconoscimento d'invalidità avvenuto in data _____ o altro riconoscimento in base all'art. 1 comma 1 della L. 68/99

Il/La sottoscritto/a _____ inoltre dichiara di acconsentire, ai sensi D. G. P. R. del 25 maggio 2018 , con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali ivi indicati. Dichiara inoltre di aver preso visione di quanto indicato all'art. 9 dell'Avviso pubblico per l'assegnazione di contributi a sostegno della mobilità casa-lavoro per lavoratori disabili e di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGA

(barrare la documentazione obbligatoria presentata)

- copia della certificazione d'invalidità *(si definisce invalido la persona avente le caratteristiche definite dall'art.1 comma 1 della Legge 68/99)*
- fotocopia del Documento d'identità del beneficiario del contributo e del richiedente se diverso dal beneficiario *(in caso di riscossione del contributo tramite delega, è necessario allegare anche fotocopia del documento d'identità del delegato);*
- fotocopia del documento di soggiorno in corso di validità *(solo per i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea);*
- fotocopia del codice IBAN *(solo in caso di riscossione tramite accredito su C/C bancario o C/C postale o Carta di pagamento).*

MODALITÀ DI RISCOSSIONE CONTRIBUTO: accredito su C/C bancario/C/C postale **(intestato o cointestato al richiedente) - fornire fotocopia IBAN;**

Trattamento dati

Ai sensi dell'art. 13 del GDPR e del D.Lgs [10 agosto 2018](#), n. 101 si informano gli interessati che il trattamento dei dati personali da essi forniti in sede di partecipazione alla procedura de quo comunque acquisiti a tal fine dall'Unione Tresinaro Secchia in qualità di titolare del trattamento (sede Corso Vallisneri 6 42019 Scandiano (RE) – pec unione@pec.tresinarosecchia.it), è finalizzato all'espletamento delle attività, dei compiti e degli obblighi legali connessi alle finalità del presente Avviso, e avverrà, nel pieno rispetto dei principi e delle disposizioni stabilite dal GDPR e dal d.lgs. [30 giugno 2003](#), n. 196 e ss.mm.ii., a cura delle persone preposte al procedimento, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per verificare il possesso dei requisiti richiesti per consentire l'espletamento della procedura; la loro mancata indicazione può precludere tale verifica.

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Ente, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del GDPR). L'apposita istanza è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo mail dpo@tresinarosecchia.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal GDPR, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del GDPR stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del GDPR).

data_____

Firma del richiedente

DA COMPILARE SOLO PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER I COSTI DI TRASPORTO:

1) di presentare difficoltà negli spostamenti e problemi *di natura soggettiva o oggettiva* di raggiungibilità del posto di lavoro così descritti:

2) per raggiungere il posto di lavoro (da _____ a _____) vengono percorsi mediamente KM./giorno _____ , per un numero di giornate, nel corso dell'anno 2020, pari a _____, e per un numero di km. complessivamente percorsi pari a _____

il trasporto avviene con:

- mezzo proprio;
- mezzo di terzi;

il trasporto avviene tramite accompagnatore e in specifico fornito da (barrare con una X):

- familiari;
- amici/ colleghi;
- datore di lavoro;
- associazioni/ cooperative ecc..;
- altro (*specificare*) _____;

3) che la spesa effettivamente sostenuta (nel caso di trasporto effettuato da associazioni, cooperative...) per l'anno 2020, per la quale viene presentata domanda di contributo, è stata complessivamente pari ad:

Euro _____ (in cifre) / _____ (in lettere), a giustificazione della quale si allega, a corredo dell'istanza la seguente documentazione, (*barrare la casella corrispondente*):

- ricevuta di pagamento nel caso il trasporto adottato preveda un corrispettivo di pagamento;
- copia del libretto di circolazione nel caso il trasporto avvenga con mezzo proprio o di altro accompagnatore;
- altro (*specificare*) _____;

Nel caso di Lavoro dipendente si richiede di allegare documentazione del datore di lavoro che certifichi il numero di giornate effettivamente lavorate (escluso ferie, malattie e smart working) nel corso dell'anno 2020 - vedi allegato n. 2

data,

Firma

**DA COMPILARE SOLO PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER IL
CONSEGUIMENTO DELLA PATENTE DI GUIDA**

Indicare il tipo di patente per la quale si chiede il rimborso (barrare la casella corrispondente):

- patentino per ciclomotore (AM);
- patente A (A, A1, A2)
- patente B (B, B1)
- patente B speciale.

Allega seguente documentazione: copia della certificazione di idoneità alla guida eventualmente rilasciata dalla Commissione Medica (art. 119, comma 4, D.Lgs 285/92) oppure documentazione equivalente dell'ufficiale sanitario presso la scuola guida, rilasciata in data _____

Data,.....

Firma

DA COMPILARE SOLO PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER IL PAGAMENTO DELL'ASSICURAZIONE

Il sottoscritto _____ dichiara di (barrare la casella):

- essere intestatario o cointestatario del veicolo assicurato (nome _____ tipo _____ targa _____);
- essere intestatario o cointestatario dell'assicurazione;
- di essere in possesso di patente idonea alla guida.

Allega la seguente documentazione obbligatoria:

- copia della quietanza dell'assicurazione intestata /cointestata;
- copia della propria patente di guida valida e libretto di circolazione.

Data,.....

Firma
