

Allegato 1

**AI SERVIZI SOCIALI
UNIONE VALLE SAVIO**

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO A SOSTEGNO DELLA MOBILITÀ CASA- LAVORO PER I
LAVORATORI DISABILI AI SENSI DELLA L 68/99**

(Delibera di Giunta Regionale n. 713 del 12/05/2025)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

residente in _____

Via _____ tel _____

CF _____

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 (artt 46 e 47 nonché art. 3 per i cittadini stranieri UE o extra UE), consapevole che, qualora da eventuali controlli emerga la non veridicità di quanto dichiarato, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti ed è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 75 e 76 del citato D.P.R.

Dichiara:

di essere nella seguente condizione:

Lavoratore disabile inserito presso l'Azienda: _____

Sede di Lavoro: Via _____ n. _____

Cap. _____ Comune _____ Prov. _____

Distanza chilometrica fra Casa-Lavoro _____

Dichiara che il trasporto casa-lavoro viene svolto da:

- PARENTE O AFFINE DI CUI GRADO DI PARENTELA

COGNOME: _____ NOME: _____

- COLLEGA DI LAVORO E/O SOGGETTO TERZO: SPECIFICARE

COGNOME: _____ NOME: _____

- ORGANIZZAZIONE DEL TERZO SETTORE (ASSOCIAZIONE - COOPERATIVA SOCIALE)

DENOMINATA: _____

▪ TRASPORTO PRIVATO (ES. TAXI) DESCRIZIONE:

N° VIAGGI CASA-LAVORO EFFETTIVAMENTE EFFETTUATI NELL'ANNO 2025: _____

L'ORARIO DI LAVORO E' IL SEGUENTE: _____

– TIPOLOGIA CARBURANTE UTILIZZATO:

- BENZINA;
- DIESEL;
- GPL;
- METANO

Dichiara, altresì, di essere occupato con gravi problemi di raggiungibilità del posto di lavoro COME DI SEGUITO RIPORTATI:

- Inesistenza e/o impossibilità dell'utilizzo del mezzo proprio;
- Mancanza o progressiva riduzione di linee della rete di trasporto pubblico nel percorso casa/lavoro;
- Ridotto numero di corse sulla linea di trasporto pubblico nel percorso casa/lavoro;
- Turnazione non coincidente con orari di trasporto pubblico;
- Altro (specificare) _____;

Dichiara, inoltre, di non usufruire di altre agevolazioni erogate da soggetti pubblici/provati per il medesimo servizio.

RICHIEDE

▪ **l'assegnazione delle spese sostenute pari ad €._____ (per le spese ammissibili effettivamente sostenute e debitamente documentate)**

▪ **l'assegnazione del contributo massimo di €. 3.000,00 a titolo di rimborso dei costi di trasporto casa-lavoro-casa (per le spese ammissibili effettivamente sostenute e debitamente documentate)**

A corredo dell'istanza si allega la seguente documentazione:

- documentazione attestante le condizioni di disabilità;
- copia documentazione attestante le giornate lavorative effettuate nel corso dell'anno 2025 (a titolo di esempio: copia dei cartellini mensili per la rilevazione delle presenze al lavoro o diversa modalità attestante le giornate di effettiva presenza al lavoro);

- fotocopia del documento d'identità del richiedente;
- modello relativo al trattamento dei dati personali e sensibili

Il sottoscritto chiede che i pagamenti per il contributo assegnato siano effettuati con accredito sul c.c. intestato a _____

Banca _____ **Filiale** _____

IBAN: _____

N.B.: l'intestatario del conto deve essere il beneficiario del pagamento.

In fede

Luogo e data _____