

Allegato 1

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI A SOSTEGNO DELLA MOBILITA' CASA-LAVORO PER PERSONE CON DISABILITA'

(Delibera di Giunta Regionale n. 905 del 27.05.2024)

(Delibera di Giunta dell'Unione Bassa Reggiana n° 48 del 23.04.2025)

(Compilare con i dati relativi all'interessato-beneficiario-persona con disabilità)

Nome e Cognome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

cap. _____ Via _____ n. _____

Tel. _____ cell _____ Codice Fiscale _____

email _____ PEC _____

(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. _____ cell _____ 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 Bassa Reggiana, per l'**assegnazione di contributo**, per un importo max di € 3.000,00, finalizzato a (barrare la casella o le caselle interessate):

- rimborso dei costi sostenuti per la mobilità casa-lavoro-casa a persone con disabilità, inserite al lavoro e con difficoltà negli spostamenti casa-lavoro o che necessitano di servizi di trasporto personalizzato (mezzi attrezzati, accompagnamento, etc...) da e verso il luogo di 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 sostenute per il pagamento dell'assicurazione dell'auto, anno 2024: alla domanda andranno allegate tutte le quietanze riferite all'anno 2024 (polizza annuale, polizze semestrali o comunque tutte le polizze riferite all'anno oggetto del rimborso), intestate o cointestate al richiedente, attestanti i costi sostenuti per l'assicurazione del veicolo. L'importo massimo rimborsabile è pari ad € 500,00. In caso di lavoratori in smart working il rimborso assicurativo sarà riproporzionato unicamente in base alle giornate effettivamente lavorate in presenza;
- 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. L'importo complessivo rimborsabile è di € 500,00.

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 con disabilità, i dati di seguito riportati dovranno essere quelli della persona interessata a beneficiare del contributo, ossia il lavoratore con disabilità)

che la persona con disabilità, beneficiaria della domanda di contributo, risulta :

1) residente nel Comune di _____ ;

2) inserita al lavoro presso:

Ragione sociale ditta _____

Sede di lavoro: Via _____ n° _____

Cap. _____ Comune _____ Prov. _____

Tipologia di contratto di lavoro: *(barrare la scelta corrispondente)*

- contratto a tempo indeterminato e a tempo pieno data di assunzione _____
- contratto a tempo indeterminato e a tempo parziale, data di assunzione _____
- contratto a tempo determinato e a tempo pieno dal _____ al _____
- contratto a tempo determinato e a tempo parziale dal _____ al _____

3)

- di non aver usufruito di finanziamenti o benefici per il miglioramento del trasporto casa-lavoro riferiti all'anno 2024 o ai medesimi beni da terze parti;

ALLEGA

(barrare la documentazione obbligatoria presentata)

- copia certificato di invalidità *(si definisce invalido la persona avente le caratteristiche definite dall'art.1 comma 1 della Legge 68/99)*
- copia 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);*
- copia del documento di soggiorno in corso di validità *(solo per i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea);*
- codice IBAN;
- attestazione delle giornate di frequenza al lavoro da parte del datore di lavoro riferite all'anno 2024 (non andranno conteggiate le giornate di smartworking);
- quietanza/e di pagamento dell'assicurazione anno 2024 (polizza annuale, polizze semestrali o comunque tutte le polizze riferite all'anno oggetto del rimborso);
- copia della patente di guida;
- copia del libretto di circolazione del mezzo utilizzato;
- ricevuta/e di pagamento nel caso il trasporto adottato preveda un corrispettivo di pagamento;

MODALITA' DI RISCOSSIONE CONTRIBUTO

- Accredito su C/C bancario/C/C postale **(intestato o cointestato al richiedente) - fornire IBAN;**

TRATTAMENTO DATI SENSIBILI

Il Responsabile del Procedimento è il Responsabile Area Non Autosufficienza-Disagio-Fragilità.

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs 196/2003 ,come modificato dal D.lgs 101/2018,si informa che l'Unione dei Comuni Bassa Reggiana è il Titolare del trattamento dei dati personali .

Il trattamento dei dati forniti dagli interessati è finalizzato esclusivamente all'espletamento delle attività, dei compiti e degli obblighi legali connessi alle finalità e ai tempi del presente Avviso, anche con strumenti informatici.

Gli interessati hanno il diritto di richiedere all'Unione dei Comuni Bassa Reggiana l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguarda o di opporsi al trattamento (art.15 ss del GDPR). L'apposita istanza va presentata al Responsabile della Protezione dei dati AVV. CORÀ NADIA al seguente indirizzo mail consulenza@entionline.it e PEC nadia.cora@mantova.pecavvocati.it.

Gli interessati hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, quale autorità di controllo e diritto di ricorso all'autorità giudiziaria.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di acconsentire, ai sensi del 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.

La firma in calce alla modulistica varrà anche quale autorizzazione al trattamento dei dati personali limitatamente e ai fini della presente procedura.

Data

Firma

**DA COMPILARE SOLO PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEI RIMBORSI
COSTO CARBURANTE TRAGITTO CASA-LAVORO**

1) difficoltà negli spostamenti e/o problemi *di natura soggettiva o oggettiva* di raggiungibilità del posto di lavoro

DESCRIZIONE

2) aver adottato i seguenti interventi per permettere il raggiungimento da e per il luogo di lavoro: _____

3) che per raggiungere il posto di lavoro (da _____ a _____) vengono percorsi mediamente KM/giorno _____, per un numero di giornate, nel corso dell'anno 2024, 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
- Conoscenti/ Colleghi
- Associazioni/ Cooperative ecc

Altro (*specificare*) _____

4) che la spesa effettivamente sostenuta (nel caso di trasporto effettuato da associazioni, cooperative, ecc) per l'anno 2024, per la quale viene presentata domanda di contributo, è stata complessivamente pari ad:

Euro _____ (in cifre) / _____ (in lettere).

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 e tipo _____)
- essere intestatario o cointestatario dell'assicurazione
- di essere in possesso di patente idonea alla guida

Lì (luogo e data), _____

Firma _____