

DATA DI ARRIVO



N. PROTOCOLLO

**UNIONE DELLA ROMAGNA FAENTINA – Settore Servizi alla Comunità**

**Domanda per l’assegnazione di contributi a sostegno della mobilità casa-lavoro per persone disabili (Delibera di Giunta Regionale n. 943 del 12/06/2023)**

(Delibera di Giunta dell’Unione della Romagna Faentina n. 14 del 15/02/2024 )

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

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ 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)*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ dell’interessato/a

*(Indicare se genitore, fratello/sorella, coniuge, convivente, amministratore di sostegno, tutore, ecc.)*

**CHIEDE**

di partecipare all’Avviso pubblico indetto dall’Unione della Romagna Faentina dei Comuni di Brisighella, Casola Valsenio, Castel Bolognese, Faenza, Riolo Terme e Solarolo e previsto dalla Delibera di Giunta dell’Unione della Romagna faentina n. 14 del 15/02/2024, per l’assegnazione **di contributo** (fino ad un limite massimo pro-capite di €. 3.000,00 – tremila/00), a titolo di rimborso dei costi sostenuti per la mobilità casa-lavoro-casa a persone con disabilità, inserite al lavoro e con difficoltà negli spostamenti casa-lavoro, 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. 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. n. 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**  
(barrare con una X):

- 1) residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- 2) iscritta al collocamento mirato di \_\_\_\_\_;
- 3) inserita al lavoro presso:

<i>(Dati relativi all'ambito di lavoro)</i>	
Ragione sociale Ditta _____	
Sede di lavoro: Via _____ n° _____	
Cap. _____	Comune _____ Prov. _____
Tipologia di inserimento al lavoro: <i>(barrare il quadratino corrispondente)</i>	
<input type="checkbox"/> contratto a tempo indeterminato e a tempo pieno: data di assunzione _____	
<input type="checkbox"/> contratto a tempo indeterminato e a tempo parziale: data di assunzione _____	
<input type="checkbox"/> contratto a tempo determinato e a tempo pieno dal _____ al _____	
<input type="checkbox"/> contratto a tempo determinato e a tempo parziale dal _____ al _____	
<input type="checkbox"/> tirocini (L.R. n. 7 del 09/07/2013 e ss.mm.ii.) dal _____ al _____	
<input type="checkbox"/> altre forme di transizione tra i percorsi educativi e formativi e il lavoro <i>(specificare)</i>	
_____	
_____ dal _____ al _____	

- 4) presentare difficoltà negli spostamenti e problemi di natura soggettiva o oggettiva di raggiungibilità del posto di lavoro COSI' DESCRITTI<sup>1</sup>:

---



---



---



---

<sup>1</sup> a puro titolo esemplificativo si elencano alcune delle condizioni soggettive e oggettive che possono rendere difficoltoso il percorso casa-lavoro per un lavoratore disabile.

- **OGGETTIVE:** 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; delocalizzazione della produzione successiva agli inserimenti effettuati;

- **SOGGETTIVE:** certificazione di disabilità documentata che attesti l'incompatibilità con l'autonomia nel trasporto da e verso la sede di lavoro, condizioni di disagio sociale, economico ed abitativo documentabile, etc. (tali condizioni devono impedire o rendere comunque problematici gli spostamenti casa/lavoro).

5) aver adottato i seguenti interventi per permettere il raggiungimento da e per il luogo di lavoro;

---

---

---

6) che (compilare i soli campi attinenti alla/e tipologia/e di onere/i per la/le quale/i viene chiesto il contributo)

- per raggiungere il posto di lavoro (da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_)  
vengono percorsi mediamente KM./giorno \_\_\_\_\_, per un numero di giornate, nel corso  
dell'anno 2023, 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) \_\_\_\_\_

7) che la spesa effettivamente sostenuta per l'anno 2023, 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, giustificativa  
(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) \_\_\_\_\_

8) di acconsentire, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali ivi indicati. Dichiaro 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, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, 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)*

(per le persone disabili in cerca di lavoro iscritti al collocamento mirato secondo quanto previsto dalla Legge n. 68/1999 e per persone disabili ai sensi della Legge n. 68/1999 occupate nonché persone con disabilità acquisita in costanza di rapporto di lavoro) fotocopia della certificazione di disabilità ai sensi della L.n. 68/1999 comprensiva della diagnosi funzionale e del Certificato di invalidità rilasciati dall'Ente preposto al riconoscimento;

(per i giovani con disabilità fisica o psichica certificata ai sensi della Legge n. 104/1992 nelle transizioni tra i percorsi educativi e formativi e il lavoro) fotocopia della certificazione di handicap ai sensi della L.104/1992 rilasciata dall'Ente preposto al riconoscimento;

- 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*);
- (*solo per i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea*) fotocopia del documento di soggiorno in corso di validità;
- fotocopia del codice IBAN.

**MODALITA' DI RISCOSSIONE CONTRIBUTO**

*(barrare la casella interessata)*

- Accredito su C/C bancario/ C/C postale (intestato o cointestato al richiedente)

.....  
(indicare coordinate IBAN e allegare fotocopia);

- Accredito su C/C bancario o C/C postale intestato a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale dell'intestatario del conto \_\_\_\_\_

.....  
(indicare coordinate IBAN e allegare fotocopia);

FIRMA DELL'INTESTATARIO DEL CONTO

\_\_\_\_\_

CONTROLLI

L'Unione della Romagna Faentina provvede ad effettuare idonei controlli, secondo le modalità previste dall'art. 71 del DPR 445/2000, sul contenuto delle autocertificazioni rese dai richiedenti ai sensi dell'art. 46 del medesimo DPR.

Qualora dai sopraccitati controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, oltre alle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, l'Amministrazione provvederà, ai sensi dell'art. 75 del medesimo DPR, ad adottare l'atto di decadenza dal beneficio eventualmente conseguito dal richiedente e al recupero delle somme indebitamente percepite.

.....  
Ogni comunicazione deve essere inviata all'indirizzo di residenza, oppure c/o

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La richiedente si impegna a comunicare, entro 10 giorni, al Servizio sociale dove è stata consegnata la domanda, eventuali variazioni delle condizioni che danno diritto al contributo.

La domanda, firmata e completa di tutti gli allegati necessari e dei documenti giustificativi delle spese sostenute, dovrà pervenire al Settore Servizi alla Comunità dell'Unione della Romagna Faentina -Via San Giovanni Bosco n. 1 - 48018 Faenza (Ra), con le modalità indicate nell'Avviso pubblico **entro e non oltre le ore 12.00 del 29/03/2024.**

**Allegato 1)**

*delibera di Giunta n. 14 del 15/02/2024 .*

Lì (luogo e data), \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Responsabile del Procedimento: Dott. Stefano Casanova

Unione della Romagna Faentina – Settore Servizi alla Comunità – Servizio Anziani, Adulti e Disabili; Tel.  
0546/691800