

**RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTO
PER INIZIATIVE DI MOBILITÀ CASA LAVORO
a carico del Fondo Regionale Disabili L. 68/99 art. 14 e Legge Regionale 17/2005**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 46 - 47 - 75 e 76 del D.P.R. 445/00)**

Il sottoscritto _____
 nato a _____ il _____
 Residente in Via _____ n° _____
 Cap. _____ Comune _____
 Prov. _____ Codice fiscale _____
 Recapito telefonico _____

Nel caso in cui il richiedente sia persona diversa dal beneficiario del contributo, compilare anche la parte che segue:

Nella sua qualità di:
 Amministratore di sostegno
 Tutore
 Curatore

di (indicare di seguito i riferimenti del beneficiario del contributo)

Cognome e Nome		
Nato/a a	il	Residente a Cap
Indirizzo e numero civico		Codice fiscale
Recapiti telefonici:		

Sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art.47 del DPR n.445/2000 e s.m.i., consapevole del fatto che potranno essere effettuati controlli e che in caso di dichiarazioni false saranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 del DPR n. 445 del 28/12/2000)

DICHIARA

- di essere lavoratore con disabilità assunto ai sensi della L. 68/99 o della L. 482/68 presso l'azienda (specificare sotto i dati dell'Azienda)
- di essere lavoratore con disabilità acquisita in costanza di rapporto di lavoro presso l'azienda (specificare sotto i dati dell'Azienda)

Ragione sociale _____
Sede di lavoro: Via _____ n° _____
Cap. _____ Comune _____ Prov. _____
Distanza Casa - Lavoro - Casa Km: _____ (chilometri complessivi andata e ritorno)

Elementi informativi sulla tipologia della assunzione:
Data di assunzione _____ Qualifica _____
Tipologia di assunzione: (barrare il quadratino corrispondente)
<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato e a tempo pieno (indicare il numero di giorni lavorati nell'anno) _____
<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato e a tempo parziale (indicare il n° di ore settimanali sul n° di ore settimanali previste del rapporto a tempo pieno - es. n° 30 su 40) _____ e (il numero di giorni lavorati nell'anno) _____
<input type="checkbox"/> a tempo determinato e a tempo pieno (indicare il numero di giorni lavorati nell'anno) _____
<input type="checkbox"/> a tempo determinato e a tempo parziale (indicare il numero di ore settimanali - es. n° 30 su 40) _____ e (il numero di giorni lavorati nell'anno) _____

RICHIEDE

l'ammissione al contributo (fino ad un limite massimo di € 3.000,00) a titolo di rimborso delle spese effettivamente sostenute nell'anno 2018 per il trasporto casa - lavoro - casa.

Nel caso in cui la somma dei contributi richiesti sia superiore alla disponibilità stanziata, l'importo del contributo unitario da assegnare sarà ridotto in modo proporzionale, fino all'utilizzo di tutta la somma stanziata.

Dichiara inoltre di trovarsi in una delle condizioni sotto elencate:

- persona con disabilità occupata nel corso del 2018 nell'ambito della L. 68/99 o della L. 482/68; oppure
- persona con disabilità acquisita in costanza di rapporto di lavoro;

per la quale si siano manifestati, nel 2018, problemi di raggiungibilità del posto di lavoro, così descritti:

AUTOCERTIFICAZIONE: descrizione delle spese effettivamente sostenute nell'anno 2018 e dei soggetti che le hanno sostenute (beneficiario o parenti/affini entro il terzo grado o associazioni di volontariato o colleghi di lavoro):

di non aver richiesto o ottenuto altri finanziamenti o benefici per il miglioramento del trasporto casa-lavoro riferiti allo stesso periodo e alle medesime voci di spesa

DICHIARA infine

che il **Conto Corrente** Bancario e/o Postale da utilizzare per l'erogazione dell'eventuale contributo che mi verrà concesso a seguito della presentazione della presente domanda è intestato a

_____ residente in Via/Piazza
 _____ n. _____ Comune di
 _____ Tel. _____ C.F. _____
 presso (Posta o Banca) _____ filiale di _____ con

le seguenti coordinate IBAN, con addebito delle relative spese:

PAESE		CIN EUR		CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE															
I	T																					

- che quanto espresso nella presente istanza corrisponde al vero ed è documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti,

- di aver preso piena visione dell' "AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI PER INIZIATIVE DI FACILITAZIONE DELLA MOBILITÀ CASA-LAVORO PER LAVORATORI CON DISABILITÀ A CARICO DEL FONDO REGIONALE DISABILI DI CUI ALL'ART. 14 DELLA L. 68/99 E DELLA L.R. 17/05",
- di essere a conoscenza che, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite,
- di essere a conoscenza che, qualora dal controllo delle dichiarazioni rese **emerge la non veridicità** o la reticenza del contenuto della dichiarazione, **conseguirà la decadenza della presente domanda di accesso al beneficio**,
- di autorizzare il trattamento dei propri dati per le finalità di cui alla presente Istanza di contributo,
- di essere a conoscenza che potrà essere accettata **una sola domanda di contributo per ciascun soggetto destinatario.**

A CORREDO DELL'ISTANZA SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- **attestazione di frequenza al lavoro da parte del datore di lavoro**
- **fotocopia del documento di identità in corso di validità**
- **fotocopia codice Iban**

IL DICHIARANTE PRENDE ATTO CHE

ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni, concernente il "Codice in materia di protezione dei dati personali", del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e del D.Lgs. 101/2018, recante le disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679 come meglio specificato nell'informativa allegata al bando:

- a. il trattamento dei dati conferiti con la presente dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l'accesso al contributo relativo all' "AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI PER INIZIATIVE DI FACILITAZIONE DELLA MOBILITÀ CASA-LAVORO PER LAVORATORI CON DISABILITÀ A CARICO DEL FONDO REGIONALE DISABILI DI CUI ALL'ART. 14 DELLA L. 68/99 E DELLA L.R. 17/05";
- b. il trattamento degli stessi dati sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali;
- c. il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;
- d. il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
- e. il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., avendo come riferimento il responsabile competente del trattamento degli stessi così come individuato dalla stessa Amministrazione [di cui al punto f)];
- f. il titolare del trattamento è Asp Circondario Imolese

_____, _____
Luogo

data

IL DICHIARANTE
