

RICEVUTA/PROTOCOLLO

Data _____

Ora _____

N. _____

da presentarsi entro: 15 giugno 2018

Al Comune di _____

**RICHIESTA DI
ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTO A SOSTEGNO 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**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 46 – 47 – 75 e 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i.)

Il sottoscritto _____
Data di nascita _____ nato a _____
Residente in Via _____ n° _____
Cap. _____ Comune _____ Prov. _____
Codice fiscale : _____

**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)*
- di essere lavoratore con disabilità acquisita in costanza di rapporto di lavoro presso l'azienda...*(specificare sotto)*

Ragione sociale _____

Sede di lavoro: Via _____ n° _____

Cap. _____ Comune _____ Prov. _____

Distanza Casa-Lavoro in Km: _____

Elementi informativi sulla tipologia della assunzione:

Data di assunzione _____ Qualifica _____

Tipologia di assunzione: *(barrare il quadratino corrispondente)*

- a tempo indeterminato e a tempo pieno *(indicare il numero di giorni lavorati nell'anno)* _____
- 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)* _____
- a tempo determinato e a tempo pieno *(indicare il numero di giorni lavorati nell'anno)* _____
- 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 2017 per il trasporto casa-lavoro-casa.

Nel caso in cui la somma dei contributi richiesti sia superiore al totale delle risorse disponibili (assegnate al Distretto Pianura Ovest), 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 2017 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 2017, problemi di raggiungibilità del posto di lavoro, così descritti:

- di aver preso piena visione del “AVVISO PUBBLICO PER L’ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI A SOSTEGNO DELLA MOBILITÀ CASA-LAVORO PER LAVORATORI CON DISABILITÀ A CARICO DEL FONDO REGIONALE DISABILI IN APPLICAZIONE DELLA DGR 1073/2017”
- 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.**

_____ , _____
 Luogo data

IL DICHIARANTE

Informativa – consenso art. 13 D.lgs. 196/03 e s.m.i. Tutela della privacy:

Il/La sottoscritto/a acconsente al trattamento (effettuato con modalità informatizzate e manuali) dei propri dati personali conferiti ai sensi della vigente normativa, finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo di cui alla presente domanda. Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell’istruttoria e degli altri adempimenti procedurali; il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l’annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l’istruttoria necessaria. Il/La sottoscritto/a potrà inoltre esercitare i diritti previsti dalla legge ai sensi dell’art. 7 (Diritti dell’interessato) avendo come riferimento il responsabile competente del trattamento degli stessi, individuato dall’Amministrazione titolare del trattamento dei dati (di seguito specificata). Il titolare del trattamento è il Comune di(Comune di residenza del dichiarante).

Per accettazione di tutte le condizioni sopra indicate

Luogo e Data _____

Firma del/della sottoscritto/a

A CORREDO DELLA PRESENTE ISTANZA SI ALLEGA LA DOCUMENTAZIONE SEGUENTE:

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