

Alla ca. Area Benessere di Comunità del Comune di Bologna
U.O. Fragilità, Non Autosufficienza e Disabilità

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

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

| | | |
|---------------------------------|--------------|-------------|
| 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 la parte che segue:**

| | | |
|--|----------|--------------------------------|
| Nella sua qualità di: <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> 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: _____ | | |

DICHIARA

- di essere lavoratore con disabilità assunto ai sensi della L. 68/99 o della L. 482/68 presso l'azienda**
- di essere lavoratore con disabilità acquisita in costanza di rapporto di lavoro presso l'azienda**

| | | |
|---------------------------------------|--------------|-------------|
| Ragione sociale _____ | | |
| Sede di lavoro: Via _____ n° _____ | | |
| Cap. _____ | Comune _____ | Prov. _____ |
| Distanza Casa-Lavoro 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 tremila/00) a titolo di rimborso dei costi di 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 di trovarsi in una delle condizioni sotto elencate:

- persone con disabilità occupate nel corso del 2017 nell'ambito della L. 68/99 o della L. 482/68;
- oppure persone 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:

- **dichiarazione delle spese sostenute nell'anno 2017 (dal beneficiario o da parenti/affini entro il terzo grado o a favore di 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 o ai medesimi beni

DICHIARA inoltre

- **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 _____ e contraddistinto dal seguente codice Iban:**

| paese | Cin EU | Cin IT | ABI | CAB | N. CONTO |
|-------|--------|--------|-----|-----|----------|
| | | | | | |

- di essere consapevole delle responsabilità penali che si assume, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi della L.445 del 2000;
- che quanto espresso nella presente istanza è vero e documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti;
- di essere a conoscenza che, saranno 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 impegnarsi a **comunicare tempestivamente ogni variazione che intervenga relativamente al contratto d'affitto e di situazione anagrafica**, da me dichiarati nella presente domanda;

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 non scaduto del richiedente e del beneficiario della richiesta di contributo, nel caso di presentazione della domanda da parte di Amministratore di Sostegno, Tutore o Curatore.**

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI CONTRIBUTI

Le richieste vanno inviate **tramite raccomandata con avviso di ricevimento** a:

Area Benessere di Comunità – U.O. Fragilità, Non Autosufficienza e Disabilità, Piazza Liber Paradisus, 6 – 40129 Bologna

oppure

inviati **tramite Posta Elettronica** al seguente indirizzo:

ufficiNONAUTOSUFFICIENZA@comune.bologna.it

Sarà accettata una sola domanda di contributo per ciascun beneficiario.

TERMINI DI INVIO DELLE RICHIESTE DI CONTRIBUTI

Le richieste di contributi potranno essere presentate, con le modalità sopra indicate, **dal 07 maggio 2018 al 06 giugno 2018.** Saranno ammesse all'istruttoria solo le domande complete della documentazione richiesta.

Per stabilire il rispetto di detto termine farà fede esclusivamente la data di invio della raccomandata con avviso di ricevimento o la data di invio della e-mail del richiedente.

Data _____ **Firma** _____