

	Amministrazione destinataria Comune di Cento Ufficio destinatario Servizi sociali	
---	--	--

Domanda di concessione di contributi per mobilità casa

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

<input type="radio"/>	per sè stesso																																				
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Cognome</th> <th colspan="2">Nome</th> <th colspan="2">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="1">Data di nascita</th> <th colspan="1">Sesso</th> <th colspan="2">Luogo di nascita</th> <th colspan="2">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="6">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome		Nome		Codice Fiscale								Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza								In qualità di (*)											
Cognome		Nome		Codice Fiscale																																	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza																																	
In qualità di (*)																																					

In qualità di ():*

genitore, fratello, sorella, coniuge, convivente, amministratore di sostegno, tutore

di partecipare all'avviso pubblico indetto dal Comune di Cento per l'assegnazione di contributo (fino ad un limite massimo pro-capite di 3.000,00 €), a titolo di rimborso dei costi sostenuti per la mobilità casa lavoro e lavoro casa a persone con disabilità, inserite al lavoro e con difficoltà negli spostamenti casa lavoro, che necessitano di servizi di trasporto personalizzato da e verso il luogo di lavoro, laddove non sia garantita la raggiungibilità con mezzi pubblici adeguati e compatibili con gli orari di lavoro, in misura forfettaria rispetto alle spese sostenute negli spostamenti

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

<input type="radio"/>	di essere lavoratore con disabilità assunto ai sensi della Legge 68/1999 o della Legge 482/1968
<input type="radio"/>	di essere lavoratore con disabilità acquisita in costanza di lavoro

dati relativi all'ambito di lavoro										
Ruolo										
Denominazione/Ragione sociale							Tipologia			
Sede legale										
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale					Partita IVA					
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

elementi informativi sulla tipologia di assunzione	
Data di assunzione	Qualifica
Tipologia di inserimento al lavoro	
<input type="radio"/>	contratto a tempo indeterminato e a tempo pieno
	Numero di giorni lavorati nell'anno
<input type="radio"/>	contratto a tempo indeterminato e a tempo parziale
	Numero di giorni lavorati nell'anno
	Numero di ore lavorative settimanali sul numero di ore lavorative settimanali previste nel rapporto di lavoro a tempo pieno (esempio: 30 ore su 40)
<input type="radio"/>	contratto a tempo determinato e a tempo pieno
	Numero di giorni lavorati nell'anno
<input type="radio"/>	contratto a tempo determinato e a tempo parziale
	Numero di giorni lavorati nell'anno
	Numero di ore lavorative settimanali sul numero di ore lavorative settimanali previste nel rapporto di lavoro a tempo pieno (esempio: 30 ore su 40)
<input type="radio"/>	tirocinio
	Numero di giorni lavorati nell'anno

ulteriori dati relativi all'ambito di lavoro										
Ruolo										
Denominazione/Ragione sociale							Tipologia			
Sede legale										
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale					Partita IVA					
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

elementi informativi sulla tipologia di assunzione

Data di assunzione	Qualifica

Tipologia di inserimento al lavoro

<input type="radio"/>	contratto a tempo indeterminato e a tempo pieno
	Numero di giorni lavorati nell'anno
<input type="radio"/>	contratto a tempo indeterminato e a tempo parziale
	Numero di giorni lavorati nell'anno
	Numero di ore lavorative settimanali sul numero di ore lavorative settimanali previste nel rapporto di lavoro a tempo pieno (esempio: 30 ore su 40)
<input type="radio"/>	contratto a tempo determinato e a tempo pieno
	Numero di giorni lavorati nell'anno
<input type="radio"/>	contratto a tempo determinato e a tempo parziale
	Numero di giorni lavorati nell'anno
	Numero di ore lavorative settimanali sul numero di ore lavorative settimanali previste nel rapporto di lavoro a tempo pieno (esempio: 30 ore su 40)
<input type="radio"/>	tirocinio
	Numero di giorni lavorati nell'anno

 ulteriori dati relativi all'ambito di lavoro

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale						Tipologia			
Sede legale									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP	
							<input type="checkbox"/>		
Codice Fiscale					Partita IVA				
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

elementi informativi sulla tipologia di assunzione	
Data di assunzione	Qualifica
Tipologia di inserimento al lavoro	
<input type="radio"/>	contratto a tempo indeterminato e a tempo pieno
	Numero di giorni lavorati nell'anno
<input type="radio"/>	contratto a tempo indeterminato e a tempo parziale
	Numero di giorni lavorati nell'anno
	Numero di ore lavorative settimanali sul numero di ore lavorative settimanali previste nel rapporto di lavoro a tempo pieno (esempio: 30 ore su 40)
<input type="radio"/>	contratto a tempo determinato e a tempo pieno
	Numero di giorni lavorati nell'anno
<input type="radio"/>	contratto a tempo determinato e a tempo parziale
	Numero di giorni lavorati nell'anno
	Numero di ore lavorative settimanali sul numero di ore lavorative settimanali previste nel rapporto di lavoro a tempo pieno (esempio: 30 ore su 40)
<input type="radio"/>	tirocinio
	Numero di giorni lavorati nell'anno

DICHIARA INOLTRE

di presentare difficoltà negli spostamenti, problemi di natura soggettiva o oggettiva di raggiungibilità del posto di lavoro (*)

Descrizione difficoltà

(*) 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 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, ecc. (tali condizioni devono impedire o rendere comunque problematici gli spostamenti casa lavoro).

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

Descrizione interventi

compilare solo i campi attinenti alla tipologia di oneri per la quale viene chiesto il contributo

<input type="checkbox"/>	che per raggiungere il posto di lavoro	
	Comune di residenza	Comune di lavoro
	sono stati percorsi mediamente	
	Km percorsi mediamente al giorno	
	per un numero di giornate pari a	
	Numero di giornate	Anno di riferimento
	e per un numero di km complessivamente percorsi pari a	
	Numero di km complessivamente percorsi	
<input type="checkbox"/>	che il trasporto è avvenuto con	
	<input type="radio"/>	mezzo proprio
	<input type="radio"/>	mezzo di terzi
<input type="checkbox"/>	che il trasporto è avvenuto tramite accompagnatore e in specifico fornito da	
	<input type="radio"/>	famigliari
	<input type="radio"/>	amici o colleghi
	<input type="radio"/>	datore di lavoro
	<input type="radio"/>	associazioni o cooperative
	<input type="radio"/>	altro (specificare)

ulteriore tipologia di oneri per la quale viene chiesto il contributo

Tipologia di oneri		
<input type="checkbox"/>	che per raggiungere il posto di lavoro	
	Comune di residenza	Comune di lavoro
	sono stati percorsi mediamente	
	Km percorsi mediamente al giorno	
	per un numero di giornate pari a	
	Numero di giornate	Anno di riferimento
	e per un numero di km complessivamente percorsi pari a	
	Numero di km complessivamente percorsi	
<input type="checkbox"/>	che il trasporto è avvenuto con	
	<input type="radio"/>	mezzo proprio
	<input type="radio"/>	mezzo di terzi
<input type="checkbox"/>	che il trasporto è avvenuto tramite accompagnatore e in specifico fornito da	
	<input type="radio"/>	famigliari
	<input type="radio"/>	amici o colleghi
	<input type="radio"/>	datore di lavoro
	<input type="radio"/>	associazioni o cooperative
	<input type="radio"/>	altro (specificare)

<input type="checkbox"/> ulteriore tipologia di oneri per la quale viene chiesto il contributo					
Tipologia di oneri					
<input type="checkbox"/>	che per raggiungere il posto di lavoro				
	<table border="1"> <tr> <th>Comune di residenza</th> <th>Comune di lavoro</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Comune di residenza	Comune di lavoro		
Comune di residenza	Comune di lavoro				
	sono stati percorsi mediamente				
	Km percorsi mediamente al giorno				
	per un numero di giornate pari a				
	<table border="1"> <tr> <th>Numero di giornate</th> <th>Anno di riferimento</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Numero di giornate	Anno di riferimento		
Numero di giornate	Anno di riferimento				
	e per un numero di km complessivamente percorsi pari a				
	Numero di km complessivamente percorsi				
<input type="checkbox"/>	che il trasporto è avvenuto con				
	<input type="radio"/> mezzo proprio				
	<input type="radio"/> mezzo di terzi				
<input type="checkbox"/>	che il trasporto è avvenuto tramite accompagnatore e in specifico fornito da				
	<input type="radio"/> familiari				
	<input type="radio"/> amici o colleghi				
	<input type="radio"/> datore di lavoro				
	<input type="radio"/> associazioni o cooperative				
	<input type="radio"/> altro (specificare)				
<input type="radio"/>	di non aver sostenuto altre spese				
<input type="radio"/>	di aver sostenuto le seguenti altre spese				
	<input type="checkbox"/> spese relative alla lettera E dell'avviso pubblico				
	pertanto allega la copia del libretto				
	pertanto allega i documenti di quietanza intestati o cointestati al richiedente, attestanti i costi sostenuti per l'adattamento dei veicoli				
	<input type="checkbox"/> spese relative alla lettera F dell'avviso pubblico				
	pertanto allega i documenti di quietanza intestati o cointestati al richiedente attestanti i costi sostenuti per l'adattamento dei veicoli				
<input type="radio"/>	che la spesa effettivamente sostenuta per la quale viene presentata la domanda di contributo è stata complessivamente pari a				
	Totale spesa effettivamente sostenuta				
	€				
	Anno nel quale è stata sostenuta la spesa				
	pertanto allega la seguente documentazione giustificativa				
	<input type="checkbox"/> ricevuta di pagamento nel caso il trasporto adottato preveda un corrispettivo di pagamento				
	<input type="checkbox"/> copia del libretto di circolazione nel caso il trasporto avvenga con mezzo proprio o di altro accompagnatore				
	<input type="checkbox"/> altro (specificare)				

