

**MODULO RICHIESTA DI CONTRIBUTO A SOSTEGNO DELLA MOBILITÀ CASA-
LAVORO PER LAVORATORI CON DISABILITÀ A CARICO DEL FONDO REGIONALE
DISABILI DI CUI ALL'ART. 14 DELLA LEGGE 68/99 E DELLA LEGGE REGIONALE
17/05 (DGR n. 713/2025) - ANNO 2025.**

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 grave di cui all'art.3 comma 3 della L. n. 104/92; presso l'azienda _____(specificare sotto i dati dell'Azienda):
- ☐ 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)

oppure nel caso di istanza presentata da Amministratore di sostegno / tutore / curatore

- ☐ che la persona per la quale si presenta istanza di contributo è lavoratore con disabilità grave di cui all'art.3 comma 3 della L. n. 104/92 presso l'azienda _____(specificare sotto i dati dell'Azienda)
- ☐ che la persona per la quale si presenta istanza di contributo è lavoratore con disabilità assunto ai sensi della L. 68/99 o della L. 482/68 presso l'azienda _____(specificare sotto i dati dell'Azienda)
- ☐ che la persona per la quale si presenta istanza di contributo è 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 (andata e ritorno) 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 2025 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.

|_| Dichiaro inoltre di trovarsi in una delle condizioni sotto elencate:

oppure nel caso di istanza presentata da Amministratore di sostegno / tutore / curatore

|_| Dichiaro inoltre che la persona per la quale si presenta istanza di contributo si trova in una delle condizioni sotto elencate:

- ☐ persona con disabilità grave di cui all'art.3 comma 3 della L. n. 104/92;
- ☐ persona con disabilità occupata nel corso del 2025 nell'ambito della L. 68/99 o della L. 482/68;
- ☐ persona con disabilità acquisita in costanza di rapporto di lavoro.

DICHIARA INOLTRE

- ☐ di presentare difficoltà negli spostamenti e problemi di natura soggettiva o oggettiva di raggiungibilità del posto di lavoro COSI' DESCRITTI (specificare):

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).

-
-
-
- ☐ 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 _____ sono stati percorsi mediamente KM./giorno dell'anno 2025, pari a _____, per un numero di _____ giornate, nel corso del 2025 e per un numero di km complessivamente percorsi pari a _____;

- il trasporto è avvenuto con (barrare con una X):

- ☐ mezzo proprio
- ☐ mezzo di terzi

- il trasporto è avvenuto tramite accompagnatore e in specifico fornito da (barrare con una X) :

- ☐ Familiari
- ☐ Amici/ Colleghi
- ☐ Datore di Lavoro
- ☐ Associazioni/ Cooperative ecc
- ☐ Altro (specificare)

- ☐ che le spese effettivamente sostenute dal dichiarante nell'anno 2025 o da altri soggetti che le hanno sostenute (beneficiario o parenti/affini entro il terzo grado o associazioni di volontariato o colleghi di lavoro): sono le seguenti:

- ☐ 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 A SOSTEGNO DELLA MOBILITA' CASA-LAVORO PER LAVORATORI CON DISABILITA' A CARICO DEL FONDO REGIONALE DISABILI DI CUI ALL'ART. 14 DELLA L. 68/99 E DELLA L.R.17/05 (Delibera di Giunta Regionale Emilia Romagna n. 679/2024 e Delibera di Giunta Regionale Emilia Romagna n. 713/2025);
- ☐ 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;
- ☐ in caso di acquisto o di modifica di veicoli adattati: di non aver richiesto o ottenuto contributi ai sensi della Legge n.29/97;

- ☐ che quanto espresso nella presente istanza corrisponde al vero ed è documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti;
- ☐ 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 emerga 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.

COMUNICA

che il Conto Corrente Bancario e/o Postale (**no libretto postale**) da utilizzare per l'erogazione dell'eventuale contributo che verrà concesso a seguito della presentazione della presente domanda è intestato a _____ residente in
Via/Piazza _____ 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																						

A CORREDO DELL'ISTANZA SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- ☐ attestazione di frequenza al lavoro da parte del datore di lavoro
- ☐ Certificazione rilasciata da INPS o altra Amministrazione competente che attesti la Condizione di Disabilità Certificata che consenta l'accesso al collocamento mirato ai sensi dell'art. 1 della L. n. 68/1999.
- ☐ fotocopia del documento di identità in corso di validità
- ☐ (solo per i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea) fotocopia del documento di soggiorno in corso di validità;
- ☐ documentazione giustificativa delle spese sostenute (direttamente o indirettamente) per cui si chiede il rimborso (es. documentazione delle spese di trasporto personalizzato o di taxi).

Luogo _____, data _____

IL DICHIARANTE

AVVERTENZA

INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016

Ai sensi di quanto stabilito dal Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati n. 679/2016, e dal Decreto Lgs. 196/2003 recante il Codice in materia di protezione dei dati personali integrato con le modifiche introdotte dal D.Lgs.10.08.2018 n. 101, i dati personali forniti dagli utenti saranno raccolti presso i Servizi Sociali ed Assistenziali del Comune di Lagosanto e dal Comune di Codigoro per le finalità di erogazione del beneficio e saranno trattati mediante strumenti manuali, informatici e telematici e comunque idonei a garantirne sicurezza e riservatezza, anche successivamente all'accesso al beneficio per le finalità inerenti la gestione dell'erogazione dello stesso.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio per le finalità di cui al presente avviso.

I dati personali potranno essere comunicati ad altri enti pubblici o a privati esclusivamente nei casi previsti da leggi e regolamenti, e nello specifico al Comune di Codigoro ente destinatario delle risorse regionali in quanto ente capo distretto che erogherà i contributi ai beneficiari.

Potranno essere diffusi esclusivamente i dati previsti dalla normativa e rigorosamente nei casi ivi indicati. In applicazione di quanto previsto nel Capo III "Diritti dell'Interessato" del GDPR i soggetti cui si riferiscono i dati personali hanno il diritto di ottenere l'accesso ai dati, di chiederne la rettifica, la cancellazione, o la limitazione del trattamento, il diritto di opporsi al trattamento, il diritto alla portabilità dei dati, il diritto di revocare il consenso al trattamento, in qualsiasi momento e il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo.

Il Comune di Lagosanto ha designato quale Responsabile della protezione dei dati la ditta Regulus srls di Madrigali Nicola, con sede in Bologna, Via Azzurra 41, Partita I.V.A. 04079791200 Tel./Fax 339-8814928, e-mail /pec nmadrigali@regulus.it / regulus1981@pec.it.