



AL COMUNE DI LAGOSANTO
Servizio Affari Sociali

**MODULO RICHIESTA DI CONTRIBUTO
A SOSTEGNO DELLA MOBILITA' CASA- LAVORO PER PERSONE DISABILI
ANNO 2019 (DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 426 DEL 25/03/2019 E N.2305 DEL
22/11/2019)**

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:		
<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:		

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)

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 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)
<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 2019 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 occupata nel corso del 2019 nell'ambito della L. 68/99 o della L. 482/68; oppure
- persona con disabilità acquisita in costanza di rapporto di lavoro

Dichiara inoltre

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

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).

2) 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 2019, pari a _____, per un numero di _____ giornate, nel corso del 2019 e per un numero di km complessivamente percorsi pari a _____;

- il trasporto è avvenuto con:

- 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)

AUTOCERTIFICAZIONE:

descrizione delle spese effettivamente sostenute nell'anno 2019 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
- in caso di acquisto o di modifica di veicoli adattati: di non aver richiesto o ottenuto contributi ai sensi della Legge n.29/97

DICHIARA infine

che il Conto Corrente Bancario e/o 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. _____

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è il Comune di Lagosanto con sede in Lagosanto (FE), P.zza 1° Maggio n. 1.

3. Il Responsabile della protezione dei dati personali

Il comune di Lagosanto ha designato quale Responsabile della protezione dei dati la Società Deltaweb nella persona del Dott. Pietro Buzzi.

4. Responsabili del trattamento

L'Ente può avvalersi di soggetti terzi per l'espletamento di attività e relativi trattamenti di dati personali di cui l'Ente la titolarità. Conformemente a quanto stabilito dalla normativa, tali soggetti assicurano livelli di esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza dei dati.

Vengono formalizzate da parte dell'Ente istruzioni, compiti ed oneri in capo a tali soggetti terzi con la designazione degli stessi a "Responsabili del trattamento". Vengono sottoposti tali soggetti a verifiche periodiche al fine di constatare il mantenimento dei livelli di garanzia registrati in occasione dell'affidamento dell'incarico iniziale.

5. Soggetti autorizzati al trattamento

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, a cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei tuoi dati personali.

6. Finalità e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dal Comune di Lagosanto per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e) non necessita del suo consenso. I dati personali sono trattati per le seguenti finalità:

a) sviluppo del procedimento amministrativo 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 LR 17/2005, anno 2019

7. Destinatari dei dati personali

I suoi dati personali non sono oggetto di comunicazione o diffusione

8. Trasferimento dei dati personali a Paesi extra UE

I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione europea.

9. Periodo di conservazione

I suoi dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessati, anche con riferimento ai dati che Lei fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

10. I suoi diritti

Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto:

- di accesso ai dati personali;

- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- di opporsi al trattamento;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

11. Conferimento dei dati

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo, ma necessario per le finalità sopra indicate. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità del corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali.