



COMUNE DI RAVENNA

Area Servizi alla Cittadinanza e alla Persona

Servizio Sociale Associato

Comuni di Ravenna, Cervia e Russi

U.O. Coordinamento e Pianificazione Socio Sanitaria

All. 1

**Al Servizio Sociale Associato
Comuni di Ravenna Cervia e Russi**

**RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI A SOSTEGNO DELLA MOBILITA'
CASA-LAVORO-CASA PER I LAVORATORI DISABILI
AI SENSI DELLA L. 68/99**

Il/la sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Cap _____

Via _____ n. _____

tel.* _____ email: _____

*obbligatorio

Nel caso il trasporto venga effettuato da un'associazione di volontariato:

Il //la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

in qualità di legale rappresentante di _____

con sede legale _____ via _____

tel. _____ fax _____

email _____





COMUNE DI RAVENNA

Area Servizi alla Cittadinanza e alla Persona

Servizio Sociale Associato

Comuni di Ravenna, Cervia e Russi

U.O. Coordinamento e Pianificazione Socio Sanitaria

RICHIEDE

- l'assegnazione delle spese sostenute pari ad € _____ (per le spese ammissibili effettivamente sostenute e debitamente documentate);
- l'assegnazione del contributo massimo di € 3.000,00 a titolo di rimborso dei costi di trasporto casa-lavoro-casa (per le spese ammissibili effettivamente sostenute e debitamente documentate).

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 (artt. 46 e 47 nonché art. 3 per i cittadini stranieri UE o extra UE), consapevole che, qualora da eventuali controlli emerga la non veridicità di quanto dichiarato, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti ed è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 75 e 76 del citato D.P.R.,

DICHIARA

di essere lavoratore disabile (o di effettuare il trasporto del lavoratore disabile) ai sensi della L. 68/99, ovvero ex L. 482/68 presso:

Ragione sociale _____

Sede legale: Via _____ n. _____

Comune _____ Cap _____ Prov. _____

Sede operativa (solo se diversa dalla sede legale) _____

Data di assunzione _____ Qualifica _____

CCNL _____

Tipologia di assunzione:

- a tempo indeterminato e a tempo pieno
- a tempo indeterminato e a tempo parziale
- a tempo determinato e a tempo pieno
- a tempo determinato e a tempo parziale
- formule atipiche di contratto _____

Dichiara, inoltre, di essere disabile occupato con gravi problemi di raggiungibilità del posto di lavoro così descritti:

U.O. Coordinamento e Pianificazione Socio Sanitaria del Servizio Sociale Associato – sede operativa - Via Massimo d'Azeglio, 2 - 48121 Ravenna. Telefono 0544 482550 mail: accoglienzasociale@comune.ra.it - P.IVA 00354730392.
Pec serviziosociale.ravennacerviarussi@legalmail.it





COMUNE DI RAVENNA

Area Servizi alla Cittadinanza e alla Persona

Servizio Sociale Associato

Comuni di Ravenna, Cervia e Russi

U.O. Coordinamento e Pianificazione Socio Sanitaria

A corredo dell'istanza si allega la seguente documentazione:

Il sottoscritto chiede che i pagamenti per il contributo assegnato siano effettuati con accredito sul c.c. intestato a :

Si allega modulo della banca con le coordinate bancarie (IBAN)

E' obbligatorio comunicare tempestivamente, al servizio, ogni variazione.

N.B. L'intestatario o cointestatario del conto deve essere il beneficiario del pagamento

In fede

Data _____