

RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER INIZIATIVE DI MOBILITÀ CASA- LAVORO
(Delibera di Giunta Regionale n. 1964 del 19/11/2018)

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

residente in _____

Via _____ tel _____

_____ CF _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dagli eventuali benefici acquisiti in caso di non veridicità del contenuto della dichiarazione ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000

Dichiara:

di essere nella seguente condizione:

Lavoratore disabile inserito presso l'Azienda: _____

Sede di Lavoro: Via _____ n. _____

Cap. _____ Comune _____ Prov. _____

Distanza chilometrica fra Casa-Lavoro _____

Dichiara che il trasporto casa-lavoro viene svolto da:

PARENTE O AFFINE DI CUI GRADO DI PARENTELA _____

COGNOME: _____ NOME: _____

COLLEGA DI LAVORO E/O SOGGETTO TERZO :

COGNOME: _____ NOME: _____

ORGANIZZAZIONE DEL TERZO SETTORE (ASSOCIAZIONE - COOPERATIVA

SOCIALE) DENOMINATA: _____

TRASPORTO PRIVATO (ES. TAXI) DESCRIZIONE: _____

N° VIAGGI CASA-LAVORO EFFETTIVAMENTE EFFETTUATI NELL'ANNO 2018: _____

L'ORARIO DI LAVORO E' ILSEGUENTE: _____

- TIPOLOGIA CARBURANTE UTILIZZATO:

- BENZINA;
- DIESEL;
- GPL;
- METANO

Dichiara, altresì, di essere occupato con gravi problemi di raggiungibilità del posto di lavoro COME DI SEGUITO RIPORTATI:

- 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;
- Altro (specificare) _____;

Dichiara, inoltre, di non usufruire di altre agevolazioni erogate da soggetti pubblici/provati per il medesimo servizio.

RICHIEDE

Il rimborso delle seguenti spese sostenute per:

- CARBURANTE** (il costo verrà calcolato dall'ufficio in base ai chilometri percorsi in relazione alla stima del costo del carburante nel periodo di riferimento)
- ALTRE SPESE** (es. taxi, contributo ad associazione, ecc.) **indicare tipo di intervento**

A corredo dell'istanza si allega la seguente documentazione:

Luogo e data _____ **In fede** _____

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

Banca _____ **Filiale** _____

IBAN: _____

N.B.: l'intestatario del conto deve essere il beneficiario del pagamento.

Cesena,03/01/2019\n

Sottoscritto digitalmente da
\n\nGAGGI MATTEO\n