

**MODULO RICHIESTA DI CONTRIBUTO
A SOSTEGNO DELLA MOBILITA' CASA- LAVORO PER PERSONE DISABILI
(Delibera di Giunta Regionale n. 214 del 27/02/2017 e n. 1073 del 17/07/2017)**

Il sottoscritto _____ Nato a _____ il _____

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)

- 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 2017 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.

- Dichiara inoltre di trovarsi in una delle condizioni sotto elencate:**

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

- Dichiara 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 2017 nell'ambito della L. 68/99 o della L. 482/68;
oppure

persona con disabilità acquisita in costanza di rapporto di lavoro

per la quale si siano manifestati, nel 2017, problemi di raggiungibilità del posto di lavoro, così descritti:

AUTOCERTIFICAZIONE:

descrizione delle spese effettivamente sostenute nell'anno 2017 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 (no libretto postale) da utilizzare per l'erogazione dell'eventuale contributo che mi 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 **(allegare copia di un documento in cui è stampato il codice IBAN, per evitare errori di trascrizione):**

PAESE		CIN EUR		CIN	ABI				CAB				CONTO CORRENTE															
I	T																											

- 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 PERSONE DISABILI (Delibera di Giunta Regionale n. 214 del 27/02/2017 e n. 1073 del 17/07/2017)*
- 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.*

A CORREDO DELL'ISTANZA SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- attestazione di frequenza al lavoro da parte del datore di lavoro*
- fotocopia del documento di identità in corso di validità*

Luogo data

IL DICHIARANTE

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

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, il Comune di Formignana, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuto a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei Suoi dati personali.

1. Titolare del trattamento e Responsabile della protezione dei dati personali

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è il Comune di Formignana, con sede in Via Vittoria 29 – Tel. 0533 59012 int. 5

Il Responsabile della protezione dei dati è la Società Lepida S.p.A. (dpo-team@lepida.it) – Tel. 051/6338844.

2. Responsabili del trattamento

Il Comune di Formignana può avvalersi di soggetti terzi per l'espletamento di attività e relativi trattamenti di dati personali di cui l'Ente detiene la titolarità. Conformemente a quanto stabilito dalla normativa, questi 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.

L'Ente provvede a formalizzare istruzioni, compiti ed oneri in capo a tali soggetti terzi con la designazione degli stessi a "Responsabili del trattamento". Tali soggetti sono sottoposti a verifiche periodiche al fine di costatare il mantenimento dei livelli di garanzia registrati in occasione dell'affidamento dell'incarico iniziale.

3. 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 Suoi dati personali.

4. Finalità e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato dal Comune di Formignana (FE) 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: 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 L.R. 17/05, anno 2017;

5. Destinatari dei dati personali e trasferimento dei dati personali a Paesi extra UE

I Suoi dati personali non sono oggetto di comunicazione o diffusione.

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

6. 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.

7. 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.

8. 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*.