



DATA DI ARRIVO

N. PROTOCOLLO

**Allegato A**  
**delibera di Giunta Unione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**

**AREA WELFARE - SERVIZIO SOCIALE**

**Domanda per l'assegnazione di contributi a sostegno della mobilità casa-lavoro per persone disabili**  
(Delibera di Giunta dell'Unione dei Comuni della Bassa Romagna n. 110 del 7/08/2025)

=====

*(compilare con i dati relativi all'interessato-beneficiario – persona disabile)*

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale

email \_\_\_\_\_ (da indicare per tutte le comunicazioni inerenti il bando).

*(compilare solo se la domanda viene fatta da persona facente le veci dell'interessato-beneficiario)*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale

In qualità di \_\_\_\_\_ dell'interessato/a

*(Indicare se genitore, fratello/sorella, coniuge, convivente, amministratore di sostegno, tutore, ecc.)*

## CHIEDE

di partecipare all'Avviso pubblico indetto dall'Unione dei Comuni della Bassa Romagna e previsto dalla Delibera di Giunta n° 110 del 7/08/2025, per l'assegnazione di contributo (fino ad un limite massimo pro-capite di €. 3.000,00 – tremila/00), a titolo di rimborso dei costi sostenuti per la mobilità casa-lavoro-casa a persone con disabilità, inserite al lavoro e con difficoltà negli spostamenti casa-lavoro, che necessitano di servizi di trasporto personalizzato (mezzi attrezzati, accompagnamento, etc...) da e verso il luogo di lavoro, laddove non sia garantita la raggiungibilità con mezzi pubblici adeguati e/o compatibili con gli orari di lavoro, in misura forfettaria rispetto alle spese sostenute negli spostamenti.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 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

*(nel caso il richiedente non sia la persona disabile, i dati di seguito riportati dovranno essere quelli della persona interessata a beneficiare del contributo, ossia il lavoratore disabile)*

**che la persona disabile, beneficiaria della domanda di contributo, risulta (barrare con una X):**

- 1) residente/domiciliato nel Comune di \_\_\_\_\_ ;
- 2) prestare attività lavorativa nel Comune di \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ c/o la Ditta \_\_\_\_\_ ;
- 3) presentare difficoltà negli spostamenti e problemi *di natura soggettiva o oggettiva* di raggiungibilità del posto di lavoro COSI' DESCRITTI<sup>1</sup>:

---

---

---

- 4) aver adottato i seguenti interventi per permettere il raggiungimento da e per il luogo di lavoro;

---

---

---

## DICHIARA INOLTRE

<sup>1</sup>: 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)

5) che il trasporto avviene con

- mezzo proprio
- mezzo di terzi

6) CHE il trasporto avviene tramite accompagnatore e in specifico fornito da (barrare con una X) :

- Familiari
- Amici/ Colleghi
- Datore di Lavoro
- Associazioni/ Cooperative ecc
- Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

7) CHE per le spese oggetto della presente domanda **non sono state percepite** altre agevolazioni erogate da soggetti pubblici e/o privati per il miglioramento delle condizioni di trasporto casa lavoro

8) di acconsentire al trattamento dei dati personali forniti o raccolti in occasione dell'espletamento delle procedure relative all'assegnazione di contributi a sostegno della mobilità casa-lavoro per lavoratori disabili che saranno trattati nel rispetto della vigente normativa D.Lgs.n.196/2003 e ss.mm.ii., nonché del GDPR (Regolamento UE n. 2016/679) e del D.Lgs. 101/2018, recante le disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679, anche con l'ausilio di mezzi informatici, limitatamente e per gli scopi necessari alla procedura oggetto del presente avviso pubblico e di essere informato che il conferimento di tali dati è obbligatorio per la partecipazione alla procedura prevista dall'avviso pubblico per la concessione di contributi finalizzati a sostenere la mobilità casa-lavoro-casa.

**NELLO SPECIFICO RICHIEDE LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI RIMBORSO:**

**(barrare solo la casella interessata)**

A) RIMBORSO delle spese autocertificate, relative al carburante, sostenute per i servizi organizzati in autonomia con l'utilizzo di veicolo personale e/o familiare alla tariffa chilometrica onnicomprensiva forfettaria pari a € 0,76 per chilometro di distanza, calcolata sul percorso più breve, tra l'abitazione in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ e il luogo di lavoro in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ per il numero di giornate effettivamente lavorate nel 2024 \_\_\_\_\_ come dichiarate dal datore di lavoro nel modulo allegata alla presente richiesta (non vengono conteggiate le eventuali giornate di lavoro prestate in smart working)

B) RIMBORSO delle spese autocertificate, relative al carburante, sostenute dal mio accompagnatore Sig \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ (es: parente o affine, anche se non convivente, collega di lavoro, convivente e/o persona che si rende disponibile all'accompagnamento, servizi di car-sharing, car pooling etc...) alla tariffa chilometrica onnicomprensiva forfettaria pari a € 1,20 per chilometro di distanza, calcolata sul percorso più breve, tra l'abitazione del beneficiario in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ e il luogo di lavoro in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ per il numero di giornate effettivamente lavorate nel 2024 \_\_\_\_\_ come dichiarate dal datore di lavoro nel modulo allegata alla presente richiesta (non vengono conteggiate le eventuali giornate di lavoro prestate in smart working);



## CONTROLLI

L'Unione dei Comuni potrà procedere ad effettuare idonei controlli, secondo le modalità previste dall'art. 71 del DPR 445/2000, sul contenuto delle autocertificazioni rese dai richiedenti ai sensi dell'art. 46 del medesimo DPR.

Qualora dai sopraccitati controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, oltre alle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, l'Amministrazione provvederà, ai sensi dell'art. 75 del medesimo DPR, ad adottare l'atto di decadenza dal beneficio eventualmente conseguito dal richiedente e al recupero delle somme indebitamente percepite.

-----  
Ogni comunicazione deve essere inviata all'indirizzo di residenza, oppure c/o il seguente indirizzo \_\_\_\_\_ o

alla email di seguito riportata se diversa da quella indicata nel frontespizio della domanda:

\_\_\_\_\_.

Il/La richiedente si impegna a comunicare, entro 10 giorni, al Servizio sociale dove è stata inviata la domanda, eventuali variazioni delle condizioni che danno diritto al contributo.

La domanda, firmata e completa di tutti gli allegati necessari e dei documenti giustificativi delle spese sostenute, dovrà pervenire alla Segreteria del Servizio sociale dell'Unione dei Comuni della Bassa Romagna -Via Amendola n.68 48022 Lugo (Ra) , att.ne Responsabile Servizio Anziani e Disabili con le modalità indicate nell'Avviso Pubblico **entro e non oltre le ore 12,00 del 18/09/2025.**

Lì (luogo e data), \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Responsabile del Procedimento:

Silvia Zoli

Unione dei Comuni della Bassa Romagna –Area Welfare

Tel. 0545-299489 – email [zolis@unione.labassaromagna.it](mailto:zolis@unione.labassaromagna.it)