

**DOMANDA DI CONTRIBUTO ECONOMICI**

**PER IL TRASPORTO EXTRASCOLASTICO DI ADULTI DISABILI**

**PER RESIDENTI NEL COMUNE DI RIVOLI**

**OPERATORE DI RIFERIMENTO**: ……………………………**SETTORE:** ……………………………………

### IO SOTTOSCRITTO/A

COGNOME..…………………………………………NOME………………………………………DATA DI NASCITA…………………….……

COMUNE DI NASCITA………………………………………………………………………………PROVINCIA………………………………...

STATO CIVILE……………………………………….CITTADINANZA…………………………………………………………………………….

PERMESSO/CARTA DI SOGGIORNO RILASCIATO IN DATA…………………………….VALIDO FINO AL……………………………..

COMUNE DI RESIDENZA…………………..…………………. INDIRIZZO…………………………….…..……………………………………

TEL…………………………………………………….EMAIL………………………………………………………………………………………..

DOMICILIO (se diverso dalla residenza)……………………………………………………………………………………………………………

INVALIDITA’ CIVILE: percentuale…………………………………. dal……………………………………………………………………………

INDENNITA’ DI ACCOMPAGNAMENTO si no

RICONOSCIMENTO Handicap (l.104)……………………………. Gravità si no

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ATTESTAZIONE ISEE SOCIOSANITARIO anno……………….pari a €……………………………**

**ALLEGATI:**

* **ISEE SOCIOSANITARIO (obbligatorio)**
* **VERBALE RICONOSCIMENTO HANDICAP (L.104)**
* **VERBALE INVALIDITA’**
* **CONTRATTO DI ASSUNZIONE**
* **DICHIARAZIONE DATORE DI LAVORO CHE ATTESTA LA SEDE PREVALENTE DI ATTIVITA’**
* **FOTOCOPIA DOCUMENTO D’IDENTITA’**

**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO E SITUAZIONE REDDITUALE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **COGNOME E NOME** | **DATA E LUOGO DI NASCITA** | **CODICE FISCALE** | **RELAZIONE PARENTELA** | **SI OCCUPA IN PRIMA PERSONA DEGLI ACCOMPAGNAMENTI** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

Tutto ciò premesso,

consapevole delle conseguenze amministrative e penali in caso di false dichiarazioni previste dall’art.76 della Legge n. 445/2000.

**RICHIEDE**

Il contributo economico per il trasporto extrascolastico di adulti disabili per il biennio 2023-2024

**MOTIVAZIONE DELLA DOMANDA:**

1. RAGGIUNGIMENTO DEL POSTO DI LAVORO
2. RAGGIUNGIMENTO DI LOCALITA’ E SERVIZI PER INTERESSE O NECESSITA’ PERSONA

Eventuali ulteriori dichiarazioni…………………………………………………………………………………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Autorizzo il Consorzio Ovest Solidale ad utilizzare l’indirizzo di posta elettronica ed i recapiti telefonici sopra indicati per le comunicazioni inerenti la presente istanza.

Confermo il quadro anagrafico – reddituale e le informazioni autocertificate, ferme restando tutte le conseguenze amministrative e penali in caso di false dichiarazioni previste dall’art.76 della Legge n. 445/2000.

Dichiaro di aver preso visione dell’informativa sulla privacy pubblicata sul sito del Consorzio Ovest Solidale.

Letto, confermato, sottoscritto.

DATA …………………………… FIRMA DEL DICHIARANTE ………………………………………………………..

DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE …………………….…………………………N° …………………………………………..…………….

RILASCIATO DAL ……………………………………………………………IN DATA ………………………………………………….………..

Firma………………… ………………………………………………………………………………………………….