

Sportello alla Città

Protocollo Settore



CITTÀ DI GRUGLIASCO

«E l'«'O gvt qr qdscpc"di Torino

Piazza G. Matteotti n. 50, 10095, Grugliasco (TO)

www.comune.grugliasco.to.it

Settore Politiche Sociali e Giovanili – Servizio Sicurezza Sociale

Piazza G. Matteotti n. 40

Telefono 011/40.13.338 - 336 – Fax 011/40.13.339

E-mail: sicur.sociale@comune.grugliasco.to.it

Pec: politichesociali.gru@legalmail.it

DOMANDA DI RIMBORSO DI TRASPORTO PER PERSONE DISABILI - ANNO 20_____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Nato/a il (gg/mm/aaaa) _____

a _____ Prov. (____)

Residente in Grugliasco, Indirizzo _____

Tel. _____ Cell. _____

CHIEDE

un rimborso economico forfettario per il proprio trasporto, finalizzato a:

Raggiungimento del posto di lavoro

Lavoratore dipendente presso la Ditta _____

Indirizzo _____

Città _____ Prov. (____)

con il seguente orario di lavoro _____

Raggiungimento di luoghi di riabilitazione e/o socializzazione

(Spuntare una sola voce)

La richiesta è per n. _____ mesi (max. 6 mesi, eventualmente prorogabili) per l'anno 20_____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali e civili, previste dal D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità o atti falsi

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Grugliasco;
- di essere invalido civile o disabile fisico e/o psichico e/o sensoriale, con invalidità certificata pari o superiore al 74%;
- di non percepire alcun contributo o indennità finalizzati allo stesso scopo;

ALLEGA

ALLEGATO A) dichiarazione rilasciata dal Datore di lavoro, attestante il rapporto di lavoro in essere (solo in caso di nuova domanda o variazione datore di lavoro rispetto all'anno precedente);

oppure:

ALLEGATO B) dichiarazione rilasciata dal luogo di riabilitazione/socializzazione, attestante la partecipazione alle attività (solo in caso di nuova domanda o variazione luogo di riabilitazione rispetto all'anno precedente);

Copia del documento di identità del richiedente ai fini dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000;

Copia del documento di identità del Datore di lavoro/Legale Rappresentante della Ditta/Luogo di riabilitazione-aggregazione, ai fini dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 (solo in caso di nuova domanda o variazione luogo di lavoro o di riabilitazione rispetto all'anno precedente);

Il sottoscritto si impegna, a sottoscrivere mensilmente il Prospetto riepilogativo dei chilometri percorsi all'Ufficio Sicurezza Sociale e Sostegno al Reddito e a presentarlo, entro e non oltre il decimo giorno del mese successivo, e ad allegare la documentazione attestante la presenza sul luogo.

Dichiara inoltre di aver preso visione dell'Informativa sul Trattamento dei dati personali resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016, Informativa ivi allegata e anche pubblicata sul sito www.comune.grugliasco.to.it e di essere pertanto informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento di accesso a documenti amministrativi, che il conferimento dei suddetti dati per le finalità di cui sopra è obbligatorio e l'eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di accogliere la richiesta.

Data (gg/mm/aaaa) _____ FIRMA _____

MODALITA' DI EROGAZIONE DEL RIMBORSO

- in contanti c/o la Tesoreria Comunale “ Banca Carige s.p.a. “, sportello Via Spanna n. 2, Grugliasco;
 - ritiro da parte del diretto interessato
 - ritiro effettuato da un delegato,
Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Nato a _____ Prov. (____)
 - Residente in _____ Prov. (____)
 - Indirizzo _____ CAP _____(munito di copia del documento d'identità);

- bonifico su c/c bancario, n. _____,
Banca _____,
Indirizzo _____,
Città _____ Prov. (____),
IBAN _____

Liquidazione:

- mensile
- bimestrale
- trimestrale