

# DISTRETTO DI RIMINI NORD



Comune di Rimini Unione di Comuni Valmarecchia

Comune di Bellaria Igea Marina

## BANDO PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI FINALIZZATI AL SOSTEGNO DELLA MOBILITÀ CASA-LAVORO IN FAVORE DELLE PERSONE DISABILI, PER IL TRAGITTO DA E VERSO IL LUOGO DI LAVORO – COMPETENZA ANNO 2024

(DGR n. 905 del 27/05/2024 – DGR n. 14755 del 18/07/2024 – verbale del comitato di Distretto del 03/03/2021)

### ARTICOLO 1

#### Destinatari e requisiti

La Regione E-Romagna ha stanziato l'importo di euro 92.774,00 in favore del Distretto Nord di Rimini, sul programma disabili 2024.

Sono destinatarie del contributo, le persone disabili che hanno usufruito di un trasporto personalizzato per recarsi al posto di lavoro nell'anno 2024, laddove non sia garantita la raggiungibilità con mezzi pubblici adeguati e/o compatibili con gli orari di lavoro.

Per **trasporto personalizzato** è inteso quello reso da privati, Associazioni di volontariato e/o organizzato in autonomia qualora non sia garantita la raggiungibilità con mezzi pubblici adeguati e/o compatibili con gli orari di lavoro.

#### Requisiti di partecipazione

1. Residenza in uno dei Comuni del Distretto Nord di Rimini nell'anno 2023;
2. Età maggiore di anni 18;
3. Condizione di Disabilità Certificata media, grave o di non autosufficienza riferita ad una delle categorie elencate alla tab. 3 allegata al DPCM 159/2013;
4. Svolgimento di attività di lavoro subordinato o autonomo per almeno 60 giornate, anche non continuative, nell'arco dell'anno 2024;
5. Attestazione del servizio sociale territoriale (Servizio Disabili) dello stato di necessità del trasporto personalizzato da e verso il luogo di lavoro. **(solo coloro che non hanno già presentato domanda per i bandi di competenza del 2024 e precedenti)**;
6. Non essere destinatario, nel triennio antecedente la data di pubblicazione del presente Bando, di assegnazione da parte dell'Azienda Sanitaria di ausili specifici per l'autonomia nel trasporto.

### ARTICOLO 2

#### Modalità e termini di presentazione della domanda

Le domande si raccoglieranno a far data dal **07/04/2025 e fino al 09/05/2025**.

I requisiti devono essere dichiarati nella domanda di partecipazione, da presentarsi in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Le domande, compilate utilizzando il modello predisposto dal Distretto Nord di Rimini, potranno essere presentate:

#### a) **Prioritariamente online** al seguente indirizzo:

[https://rimini.welfaregov.it/landing\\_pages/rimini/index.html](https://rimini.welfaregov.it/landing_pages/rimini/index.html)



QR code:

#### b) **personalmente “previo appuntamento”**, presso il proprio Comune di Residenza.

**Per il Comune di Rimini** rivolgersi al Dipartimento Servizi di Comunità del Comune di Rimini - Ufficio Bandi, in Via Ducale n. 7, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì: dalle ore 8,30 alle ore 12,30 tel. 0541-704689;

Nella domanda il richiedente dovrà riportare le proprie generalità e dichiarare il possesso dei requisiti di cui ai punti 1,2,3,4,5 e 6 dell'art 1.

La certificazione di cui al punto 3 dell'art. 1, non potrà essere oggetto di dichiarazione e dovrà pertanto essere prodotta in copia dell'originale, priva dei riferimenti ai dati sullo stato di salute.

In merito al requisito di cui al punto 4 dell'art. 1 il richiedente dovrà indicare gli estremi dell'azienda e del datore di lavoro presso la quale svolge la propria attività, le mansioni ed il periodo di impiego.

#### **Alla domanda andrà allegato in copie già prodotte:**

1. Documento di riconoscimento del facente domanda e della persona che eventualmente lo supporta nel tragitto;
2. Certificato riportante il grado di disabilità;
3. La dichiarazione delle spese sostenute (specifiche all'art. 3);
4. La modalità di accredito del sussidio;
5. Attestazione di cui all'art. 1 punto 4;
6. Attestazione di cui all'art. 1 punto 5 (per le nuove domande).

### ARTICOLO 3

#### Spese ammissibili

Sono ammesse alla liquidazione le seguenti spese effettivamente sostenute e documentate:

- **Per i servizi resi da privati o Associazioni di Volontariato**, documentazione attestante il versamento delle somme a rimborso spese;

- **Per i servizi organizzati in autonomia** o col supporto di coniuge/parenti/affini entro il 3° grado o colleghi di lavoro, mediante rimborso dei costi chilometrici in riferimento alle tabelle ACI valevoli per l'anno di competenza ed ai tragitti percorsi nelle giornate di lavoro effettivamente prestate. Rispetto ai tragitti, si considererà il percorso di andata/ritorno dalla dimora del beneficiario al posto di lavoro. Nel caso in cui il trasporto venga effettuato da personale volontario o parente verrà considerato anche il ritorno (a vuoto). Tale possibilità è esclusa nel caso in cui il beneficiario sia un collega di lavoro. Nella richiesta il beneficiario dovrà obbligatoriamente dichiarare gli estremi del datore di lavoro con indicazione dell'indirizzo dell'effettiva sede di lavoro, il numero di giornate di lavoro effettivamente svolte dal 1/1/2024 al 31/12/2024 allegando la documentazione a supporto.

Coloro i quali si siano avvalsi di servizi organizzati in autonomia o col supporto da parte di coniuge/parenti/affini entro il 3° grado o colleghi di lavoro, dovranno dichiarare inoltre, le generalità complete di colui/lei che ha fornito supporto alla persona con disabilità negli spostamenti e l'indicazione della targa e del modello e dell'anno di immatricolazione degli autoveicoli utilizzati.

### ARTICOLO 4

#### Criteri di assegnazione dei contributi

Il presente bando finanzia le spese sostenute dal 1/1/2024 al 31/12/2024 e verranno assegnate agli aventi diritto a copertura delle spese effettivamente sostenute e fino ad esaurimento.

I beneficiari in possesso dei requisiti di cui al precedente articolo 1 verranno ammessi ad un contributo massimo di € 3.000,00.

E' ammesso il superamento di tale importo, solo per i residenti fuori dal Comune (sede di lavoro), fino al 50% della quota massima prevista.

**La determinazione dell'importo da erogare in favore dei beneficiari che versano in condizioni di disabilità grave o di non autosufficienza (così come individuati dalla tabella All. 3 al DPCM n. 159/2013), avverrà ripartendo le risorse disponibili fra gli aventi diritto in relazione ai costi sostenuti ed entro i limiti del tetto massimo (sopra indicato);**

Nel caso in cui le risorse non siano sufficienti alla copertura della richiesta, si ridurranno le rispettive richieste di un importo pro-capite definito dal rapporto tra le risorse mancanti e il numero di utenti beneficiari.

Il Comune di Rimini, accertato il possesso dei requisiti dichiarati, provvederà ad approvare l'elenco degli ammessi.

L'elenco dei beneficiari sarà unico a livello Distrettuale ed includerà tutti i richiedenti residenti in un Comune appartenente al Distretto di Rimini Nord.

Nel caso si verificassero economie per fondi non distribuiti col Bando, il Distretto di Rimini è titolato ad ottenere il rimborso fino al limite delle predette risorse per l'organizzazione di trasporti speciali (anche misti) realizzati in favore di Tirocinanti e/o Lavoratori disabili.

### ARTICOLO 5

#### Altre disposizioni

Ai sensi del DPR 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi previsti dalla legge sono puniti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia e determinano la pronuncia di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti il provvedimento emanato su tali basi.

L'Amministrazione comunale procederà, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, ad idonei controlli di veridicità, sul totale delle dichiarazioni sostitutive rilasciate dai richiedenti il contributo.

Entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di esclusione è possibile presentare motivazioni od osservazioni per iscritto al Direttore/Dirigente dei Servizi di Protezione Sociale del Comune di Residenza.

#### Il Responsabile

**Dott. Stefano Spadazzi**

# DISTRETTO DI RIMINI NORD



Comune di Rimini Unione di Comuni Valmarecchia

Comune di Bellaria Igea Marina

## BANDO PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI FINALIZZATI AL SOSTEGNO DELLA MOBILITÀ CASA-LAVORO IN FAVORE DELLE PERSONE DISABILI, PER IL TRAGITTO DA E VERSO IL LUOGO DI LAVORO – COMPETENZA ANNO 2024

(DGR n. 905 del 27/05/2024 – DGR n. 14755 del 18/07/2024 – verbale del comitato di Distretto del 03/03/2021)

### ARTICOLO 1

#### Destinatari e requisiti

La Regione E-Romagna ha stanziato l'importo di euro 92.774,00 in favore del Distretto Nord di Rimini, sul programma disabili 2024.

Sono destinatarie del contributo, le persone disabili che hanno usufruito di un trasporto personalizzato per recarsi al posto di lavoro nell'anno 2024, laddove non sia garantita la raggiungibilità con mezzi pubblici adeguati e/o compatibili con gli orari di lavoro.

Per **trasporto personalizzato** è inteso quello reso da privati, Associazioni di volontariato e/o organizzato in autonomia qualora non sia garantita la raggiungibilità con mezzi pubblici adeguati e/o compatibili con gli orari di lavoro.

#### Requisiti di partecipazione

1. Residenza in uno dei Comuni del Distretto Nord di Rimini nell'anno 2023;
2. Età maggiore di anni 18;
3. Condizione di Disabilità Certificata media, grave o di non autosufficienza riferita ad una delle categorie elencate alla tab. 3 allegata al DPCM 159/2013;
4. Svolgimento di attività di lavoro subordinato o autonomo per almeno 60 giornate, anche non continuative, nell'arco dell'anno 2024;
5. Attestazione del servizio sociale territoriale (Servizio Disabili) dello stato di necessità del trasporto personalizzato da e verso il luogo di lavoro. **(solo coloro che non hanno già presentato domanda per i bandi di competenza del 2024 e precedenti)**;
6. Non essere destinatario, nel triennio antecedente la data di pubblicazione del presente Bando, di assegnazione da parte dell'Azienda Sanitaria di ausili specifici per l'autonomia nel trasporto.

### ARTICOLO 2

#### Modalità e termini di presentazione della domanda

Le domande si raccoglieranno a far data dal **07/04/2025 e fino al 09/05/2025**.

I requisiti devono essere dichiarati nella domanda di partecipazione, da presentarsi in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Le domande, compilate utilizzando il modello predisposto dal Distretto Nord di Rimini, potranno essere presentate:

#### a) **Prioritariamente online** al seguente indirizzo:

[https://rimini.welfaregov.it/landing\\_pages/rimini/index.html](https://rimini.welfaregov.it/landing_pages/rimini/index.html)



QR code:

#### b) **personalmente “previo appuntamento”**, presso il proprio Comune di Residenza.

**Per il Comune di Rimini** rivolgersi al Dipartimento Servizi di Comunità del Comune di Rimini - Ufficio Bandi, in Via Ducale n. 7, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì: dalle ore 8,30 alle ore 12,30 tel. 0541-704689;

Nella domanda il richiedente dovrà riportare le proprie generalità e dichiarare il possesso dei requisiti di cui ai punti 1,2,3,4,5 e 6 dell'art 1.

La certificazione di cui al punto 3 dell'art. 1, non potrà essere oggetto di dichiarazione e dovrà pertanto essere prodotta in copia dell'originale, priva dei riferimenti ai dati sullo stato di salute.

In merito al requisito di cui al punto 4 dell'art. 1 il richiedente dovrà indicare gli estremi dell'azienda e del datore di lavoro presso la quale svolge la propria attività, le mansioni ed il periodo di impiego.

#### **Alla domanda andrà allegato in copie già prodotte:**

1. Documento di riconoscimento del facente domanda e della persona che eventualmente lo supporta nel tragitto;
2. Certificato riportante il grado di disabilità;
3. La dichiarazione delle spese sostenute (specifiche all'art. 3);
4. La modalità di accredito del sussidio;
5. Attestazione di cui all'art. 1 punto 4;
6. Attestazione di cui all'art. 1 punto 5 (per le nuove domande).

### ARTICOLO 3

#### Spese ammissibili

Sono ammesse alla liquidazione le seguenti spese effettivamente sostenute e documentate:

- **Per i servizi resi da privati o Associazioni di Volontariato**, documentazione attestante il versamento delle somme a rimborso spese;

- **Per i servizi organizzati in autonomia** o col supporto di coniuge/parenti/affini entro il 3° grado o colleghi di lavoro, mediante rimborso dei costi chilometrici in riferimento alle tabelle ACI valevoli per l'anno di competenza ed ai tragitti percorsi nelle giornate di lavoro effettivamente prestate. Rispetto ai tragitti, si considererà il percorso di andata/ritorno dalla dimora del beneficiario al posto di lavoro. Nel caso in cui il trasporto venga effettuato da personale volontario o parente verrà considerato anche il ritorno (a vuoto). Tale possibilità è esclusa nel caso in cui il beneficiario sia un collega di lavoro. Nella richiesta il beneficiario dovrà obbligatoriamente dichiarare gli estremi del datore di lavoro con indicazione dell'indirizzo dell'effettiva sede di lavoro, il numero di giornate di lavoro effettivamente svolte dal 1/1/2024 al 31/12/2024 allegando la documentazione a supporto.

Coloro i quali si siano avvalsi di servizi organizzati in autonomia o col supporto da parte di coniuge/parenti/affini entro il 3° grado o colleghi di lavoro, dovranno dichiarare inoltre, le generalità complete di colui/lei che ha fornito supporto alla persona con disabilità negli spostamenti e l'indicazione della targa e del modello e dell'anno di immatricolazione degli autoveicoli utilizzati.

### ARTICOLO 4

#### Criteri di assegnazione dei contributi

Il presente bando finanzia le spese sostenute dal 1/1/2024 al 31/12/2024 e verranno assegnate agli aventi diritto a copertura delle spese effettivamente sostenute e fino ad esaurimento.

I beneficiari in possesso dei requisiti di cui al precedente articolo 1 verranno ammessi ad un contributo massimo di € 3.000,00.

E' ammesso il superamento di tale importo, solo per i residenti fuori dal Comune (sede di lavoro), fino al 50% della quota massima prevista.

**La determinazione dell'importo da erogare in favore dei beneficiari che versano in condizioni di disabilità grave o di non autosufficienza (così come individuati dalla tabella All. 3 al DPCM n. 159/2013), avverrà ripartendo le risorse disponibili fra gli aventi diritto in relazione ai costi sostenuti ed entro i limiti del tetto massimo (sopra indicato);**

Nel caso in cui le risorse non siano sufficienti alla copertura della richiesta, si ridurranno le rispettive richieste di un importo pro-capite definito dal rapporto tra le risorse mancanti e il numero di utenti beneficiari.

Il Comune di Rimini, accertato il possesso dei requisiti dichiarati, provvederà ad approvare l'elenco degli ammessi.

L'elenco dei beneficiari sarà unico a livello Distrettuale ed includerà tutti i richiedenti residenti in un Comune appartenente al Distretto di Rimini Nord.

Nel caso si verificassero economie per fondi non distribuiti col Bando, il Distretto di Rimini è titolato ad ottenere il rimborso fino al limite delle predette risorse per l'organizzazione di trasporti speciali (anche misti) realizzati in favore di Tirocinanti e/o Lavoratori disabili.

### ARTICOLO 5

#### Altre disposizioni

Ai sensi del DPR 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi previsti dalla legge sono puniti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia e determinano la pronuncia di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti il provvedimento emanato su tali basi.

L'Amministrazione comunale procederà, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, ad idonei controlli di veridicità, sul totale delle dichiarazioni sostitutive rilasciate dai richiedenti il contributo.

Entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di esclusione è possibile presentare motivazioni od osservazioni per iscritto al Direttore/Dirigente dei Servizi di Protezione Sociale del Comune di Residenza.

#### Il Responsabile

**Dott. Stefano Spadazzi**

**Domanda per l'erogazione di contributi finalizzati al sostegno della mobilità casa-lavoro in favore delle persone disabili per il tragitto da e verso il luogo di lavoro – competenza anno 2024**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Telefono \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76, nonché della decadenza dagli eventuali benefici acquisiti in caso di non veridicità del contenuto della dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA**

**a) di essere nella seguente condizione lavorativa:**

tipo di lavoro (specificare se subordinato o autonomo) \_\_\_\_\_

qualifica/mansione \_\_\_\_\_

tempo di lavoro (pieno/parziale; se parziale indicare percentuale) \_\_\_\_\_

datore di lavoro \_\_\_\_\_

periodo di attività nel 2024 (indicare date inizio/fine) \_\_\_\_\_

sede di lavoro \_\_\_\_\_

orario giornaliero di lavoro (data inizio/fine) \_\_\_\_\_

**b) di utilizzare i seguenti mezzi per recarsi al lavoro:**

**b.1** servizio di trasporto privato erogato da (nome ditta) \_\_\_\_\_

costo tratta/tragitto giornaliero \_\_\_\_\_

**b.2** servizio reso da Associazione di Volontariato o analoga organizzazione (nome) \_\_\_\_\_

rimborso tratta/tragitto giornaliero \_\_\_\_\_

**b.3** Organizzato in autonomia o con il supporto di un volontario singolo (cognome e nome) \_\_\_\_\_

tipo relazione con trasportato (coniuge/parente/affine entro il 3° grado/collega di lavoro) \_\_\_\_\_

mezzo utilizzato marca \_\_\_\_\_ modello \_\_\_\_\_ Targa \_\_\_\_\_

Anno immatricolazione \_\_\_\_\_ Alimentazione \_\_\_\_\_

**c) di non essere destinatario, nel triennio antecedente la data di pubblicazione del presente Bando, di assegnazione da parte dell'Azienda Sanitaria di ausili specifici per l'autonomia nel trasporto;**

**d) di essere residente nel Distretto socio-sanitario di Rimini Nord;**

**e) di non avere ricevuto provvedimenti di DECADENZA emessi da altre Pubbliche Amministrazioni, negli ultimi 2 anni.**

**ALLEGA**

**La seguente documentazione attestante i requisiti prescritti dal Bando:**

1) copia di un documento d'identità di colui che sottoscrive la domanda e del volontario di cui al punto d);

2) Certificazione rilasciata da INPS o altra Amministrazione competente che attesti Condizione di Disabilità Certificata che consenta l'accesso al collocamento mirato ai sensi dell'art. 1 della L. n. 68/1999.

3) La dichiarazione delle spese effettivamente sostenute (all. sub d)

4) La modalità di accredito del sussidio;

5) Attestazione dello svolgimento di attività di lavoro subordinato o autonomo per almeno 60 giornate, anche non continuative, nell'arco dell'anno 2024

6) Attestazione del servizio sociale territoriale dello stato di necessità del trasporto personalizzato da e verso il luogo di lavoro **(SOLO PER COLORO CHE NON HANNO GIA' PRODOTTO DOMANDA PER I BANDI 2024 e precedenti)**

**CHIEDE**

L'erogazione del rimborso, da erogarsi in conformità al Bando.

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Dichiaro di avere preso visione della Informativa sulla Privacy affissa all'ingresso dell'ufficio (art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679)

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**Dichiarazione delle spese effettivamente sostenute ai fini dell'erogazione di contributi finalizzati al sostegno della mobilità casa-lavoro in favore delle persone disabili per il tragitto da e verso il luogo di lavoro – competenza anno 2024**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Telefono \_\_\_\_\_

*ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76, nonché della decadenza dagli eventuali benefici acquisiti in caso di non veridicità del contenuto della dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000,*

**DICHIARA**

In relazione alla domanda in oggetto, di essersi recato, nell'annualità 2024, al lavoro nei seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ TOT giorni \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ TOT giorni \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ TOT giorni \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ TOT giorni \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ TOT giorni \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ TOT giorni \_\_\_\_\_

**ai fini della rendicontazione delle spese effettivamente sostenute dichiara altresì:**

-di essersi avvalso del servizio di trasporto privato erogato da (denominazione/P.I.ditta) \_\_\_\_\_  
al costo giornaliero di € \_\_\_\_\_ e complessivo di € \_\_\_\_\_ nelle giornate indicate nella  
documentazione fiscale allegata; indicare nominativo eventuale dell'accompagnatore \_\_\_\_\_

-di essersi avvalso del servizio prestato da una Associazione di Volontariato o analoga organizzazione (denominazione/CF) \_\_\_\_\_  
al costo giornaliero di € \_\_\_\_\_ e complessivo di € \_\_\_\_\_  
nelle giornate indicate nella documentazione fiscale allegata;

- di essersi avvalso del servizio in autonomia o prestato da un volontario, coniuge/parente/affine entro il 3° grado/collega di lavoro:

cognome e nome \_\_\_\_\_ relazione \_\_\_\_\_ mezzo/modello \_\_\_\_\_

marca \_\_\_\_\_ Targa \_\_\_\_\_ Anno immatricolazione \_\_\_\_\_ nei seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ TOT giorni \_\_\_\_\_ TOT Km<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ TOT giorni \_\_\_\_\_ TOT Km \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ TOT giorni \_\_\_\_\_ TOT Km \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ TOT giorni \_\_\_\_\_ TOT Km \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ TOT giorni \_\_\_\_\_ TOT Km \_\_\_\_\_

TOTALE COMPLESSIVO GIORNI \_\_\_\_\_ TOTALE COMPLESSIVO KM \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

<sup>1</sup> Si considerano unicamente i Km dalla dimora del trasporto al luogo di lavoro e ritorno

**OGGETTO: PROCEDURA AGEVOLATA PER IL PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI**

Il/La sottoscritto/a titolare della domanda

## CHIEDE

che il pagamento delle somme dovute da Codesto Comune, siano effettuate con le modalità sottoindicate:

[illegible]

☐ ACCR. LIBRETTO DEPOSITO BANCARIO – (NO POSTALE ABI 07601 CAB 03384)

[illegible]

(Per le tre tipologie su riportate, l'addebito delle spese di incasso è a carico del beneficiario - Ai sensi art. 13 – comma 5 vigente Regolamento Contabilità Comunale).

☐ PAGAMENTO DIRETTO PER CONTANTI PRESSO UNICREDIT BANCA  
(IL RITIRO PER CONTANTI E' POSSIBILE SOLO NEI CONFRONTI DEL NOMINATIVO SU INDICATO E PER PAGAMENTI NON SUPERIORI AD EURO 999,99)

## EVENTUALE DELEGA ALL'INCASSO

*(riguarda i titolari della domanda che NON sono in possesso di uno degli strumenti di incasso di seguito elencati o che a causa di impedimenti fisici, non possono recarsi presso la Banca Unicredit per il ritiro delle somme)*

Il Sig/ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_;  
n. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ ;

Firma dell'intestatario della domanda

Si autorizza consapevole delle sanzioni previste ai sensi del DPR 445/2000  
Si allega documento di identità (solo qualora la domanda sia inviata via posta)

## **BANDO PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI A SOSTEGNO DELLA MOBILITA' CASA-LAVORO, RISERVATO A PERSONE CON DISABILITA'**

Dal 07 aprile al 09 maggio 2025 le persone disabili che hanno usufruito di un trasporto personalizzato per recarsi al posto di lavoro nell'anno 2024 possono presentare domanda di contributo.

Per trasporto personalizzato è inteso quello reso da Associazioni di volontariato e/o organizzato in autonomia qualora non sia garantita la raggiungibilità con mezzi pubblici adeguati e/o compatibili con gli orari di lavoro.

### **Requisiti di partecipazione**

- Residenza in uno dei Comuni del Distretto Nord di Rimini nell'anno 2024;
- Età maggiore di anni 18;
- Condizione di Disabilità Certificata media, grave o di non autosufficienza riferita ad una delle categorie elencate alla tab. 3 allegata al DPCM 159/2013;
- Svolgimento di attività di lavoro subordinato o autonomo per almeno 60 giornate, anche non continuative, nell'arco dell'anno 2024;
- Attestazione del servizio sociale territoriale (Servizio Disabili) dello stato di necessità del trasporto personalizzato da e verso il luogo di lavoro. (solo per le nuove domande);
- Non essere destinatario, nel triennio antecedente la data di pubblicazione del presente Bando, di assegnazione da parte dell'Azienda Sanitaria di ausili specifici per l'autonomia nel trasporto.

### **Modalità e termini di presentazione della domanda**

Le domande si raccoglieranno a far data dal **07/04/2025 al 09/05/2025**.

I requisiti devono essere dichiarati nella domanda di partecipazione, da presentarsi in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Le domande, compilate utilizzando il modello predisposto dal Distretto Nord di Rimini, potranno essere presentate:

**a) Prioritariamente online** al seguente indirizzo:

[https://rimini.welfaregov.it/landing\\_pages/rimini/index.html](https://rimini.welfaregov.it/landing_pages/rimini/index.html)



QR code:

**b) personalmente “previo appuntamento”**, presso il Comune di Bellaria Igea Marina - Ufficio Servizi Sociali – Comune di Bellaria Igea Marina, p.zza del Popolo, 1 - dal lunedì al venerdì: dalle 10,00 alle 13,00 – giovedì dalle 10,00 alle 17,00  
- tel. 0541- 343719 / 781  
mail: [c.lazzaretti@comune.bellaria-igea-marina.rn.it](mailto:c.lazzaretti@comune.bellaria-igea-marina.rn.it)  
mail: [d.gori@comune.bellaria-igea-marina.rn.it](mailto:d.gori@comune.bellaria-igea-marina.rn.it)

Allegati:

- Bando
- Modulo di domanda

