

UNIONE MONTANA ALTA VAL NURE



Ufficio Servizio Sociale
Unione Montana Alta Val Nure

RICHIESTA AGEVOLAZIONE ex DGR 1982/2015 in materia di trasporto per le persone in situazione di fragilità e ex DGR 187/2016

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente nel Comune di _____ (PC) in Via/Piazza
_____ nr _____

tel. _____ e-mail _____

codice fiscale _____ F M

CHIEDE

di essere ammesso al contributo integrativo per **l'anno 2017** per agevolare la fruizione del trasporto pubblico locale in attuazione delle delibere della Giunta Regionale n.1982/2015 e n.187/2016.

A tal fine, consapevole che la presente richiesta è presentata sotto la propria personale responsabilità secondo le disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 ed all'art. 3 (qualora cittadino straniero UE o extra UE) del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni previste all'art. 76 e della decadenza dei benefici previsti all'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci.

DICHIARA

|__| di essere titolare di un abbonamento "MI MUOVO INSIEME" extraurbano o cumulativo urbano ed extraurbano acquistato **nell'anno 2017**;

oppure

|__| di essere genitore del minore _____ titolare di un abbonamento "MI MUOVO INSIEME" extraurbano o cumulativo urbano ed extraurbano acquistato **nell'anno 2017**;

Di appartenere ad una delle seguenti categorie (*barrare l'ipotesi che interessa*):

|__| **Famiglia numerosa con 4 o più figli:**

con ISEE da € 0,00 a € 10.000,00 e con comprovati motivi di studio (**contributo integrativo pari al 100% del costo dell'abbonamento**);

con ISEE da € 10.001,00 a € 18.000,00 euro e con comprovati motivi di studio (**contributo integrativo pari al 50% del costo dell'abbonamento**);

Disabile

appartenente ad una delle categorie previste dalla DGR n.1982/2015 e sotto elencate (**contributo integrativo previsto € 47,00**);

appartenente ad una delle categorie previste dalla DGR n.1982/2015 e sotto elencate, con comprovati motivi di studio (**contributo integrativo pari al 100% del costo dell'abbonamento**);

appartenente ad una delle categorie previste dalla DGR n.1982/2015 con comprovati motivo di tirocinio formativo attestati dal servizio sociale o dall'ente promotore (**contributo integrativo pari al 50% del costo dell'abbonamento**);

CATEGORIE DISABILI PREVISTE DALLA DGR 1982/2015

a) Invalidi civili o per cause di lavoro con invalidità permanente riconosciuta al 100%;

b) Ciechi totali e sordomuti anche se di età inferiore a 18 anni;

c) Ciechi con residuo visivo non superiore ad 1/10 in entrambi gli occhi, raggiungibile con la correzione di lenti;

d) Mutilati ed invalidi di guerra (compresi i mutilati ed invalidi civili per cause di guerra) e di servizio con invalidità fisica ascrivibile alla 1^a categoria compresi gli invalidi di 1^a categoria con assegni aggiuntivi di natura assistenziale;

e) Mutilati ed invalidi di guerra (compresi i mutilati ed invalidi civili per cause di guerra) o per servizio per una menomazione dell'integrità fisica ascrivibile alla categoria dalla 2^a alla 5^a della tabella A) allegata alla Legge 18 marzo 1968, n. 313;

f) Invalidi minori di 18 anni riconosciuti dalla Commissione medica competente come aventi diritto all'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18/80 o all'indennità di frequenza di cui alla legge n. 289/90;

g) Portatori di "pace-maker" ed emodializzati, sempre che muniti di certificazione medica probante la specifica condizione, rilasciata da struttura sanitaria pubblica;

h) Cittadini affetti da disturbi psichici gravi ed in carico ai CSM – Centri Salute Mentale - muniti di apposito certificato medico rilasciato dal medesimo CSM attestante espressamente la gravità del disturbo;

i) Persone con disabilità con la connotazione di gravità di cui all'art.3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992 n.104 accertata ai sensi dell'articolo 4 della medesima legge;

j) Invalidi civili ai quali sia stata accertata una riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore ai 2/3.

k) Mutilati ed invalidi per cause di lavoro con invalidità permanente riconosciuta superiore al 50%.

Anziani:

Uomo di età non inferiore a 65 anni compiuti nel 2017 (**contributo integrativo previsto € 47,00**);

Donna di età non inferiore a 63 anni compiuti nel 2017 (**contributo integrativo previsto € 47,00**).

DICHIARO INOLTRE

di essere a conoscenza di quanto segue:

_____, li _____

IL DICHIARANTE

SPAZIO RISERVATO AL COMUNE

Si attesta (ai sensi dell'art. art. 48 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000) che il/la dichiarante ha sottoscritto la presente dichiarazione in mia presenza, previa ammonizione sulla responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false e della possibile decadenza dal diritto di assegnazione del servizio richiesto (art. 75 D.P.R. 445 del 28/12/2000).

Data _____

L'incaricato _____

PARERE DEL COMUNE DI RESIDENZA

L'Ufficio Servizio Sociale dell'Unione Montana Alta Val Nure ha espresso

parere favorevole in quanto esistono i requisiti e le condizioni soggettive e oggettive per la concessione del contributo

parere negativo alla concessione del contributo per la mancanza delle condizioni richieste (indicare quali)

In caso di parere favorevole:

ENTITA' COMPLESSIVA del CONTRIBUTO PROPOSTO € _____

NOTE: _____

Data _____
