

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 _____

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 Km¹ _____

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)

¹ 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:

ACCREDITO SU C/C BANCARIO
presso l'Istituto Bancario _____ sede _____
IT ABI CAB C/C n.

ACCR. LIBRETTO DEPOSITO BANCARIO – (NO POSTALE ABI 07601 CAB 03384)
IT ABI CAB C/C n.

ACCREDITO SU CARTA PREPAGATA BANCARIA/POSTALE (per la postale solo Evolution)
IT ABI CAB C/C n.

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