

**FONDO SOCIALE MOBILITA' IN FAVORE DI CATEGORIE SOCIALI IN  
CONDIZIONE DI FRAGILITA' NEL DISTRETTO DI LEVANTE-  
ANNO 2018**

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_(PC) in Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ F M

**CHIEDE**

di essere ammesso al contributo integrativo per **l'anno 2018** per agevolare la fruizione del trasporto pubblico locale in attuazione della delibera della Giunta Regionale n. 1982/2015.

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 2018;

*oppure*

di essere genitore del minore \_\_\_\_\_  
titolare di un abbonamento "MI MUOVO INSIEME" extraurbano o cumulativo urbano ed extraurbano acquistato nell'anno 2018;

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^ categoria compresi gli invalidi di 1^ 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^ alla 5^ 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 dallo stesso 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 (già compiuti alla data di acquisto dell'abbonamento) con ISEE pari o inferiore ad euro 15.000,00 **(contributo integrativo previsto € 47,00);**

Donna di età non inferiore a 65 anni (già compiuti alla data di acquisto dell'abbonamento) con ISEE pari o inferiore ad euro 15.000,00 **(contributo integrativo previsto € 47,00).**

#### **DICHIARO INOLTRE**

di essere a conoscenza di quanto segue:

- il Comune competente si riserva di procedere ad accertamenti e controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- nel caso di falsa dichiarazione dei requisiti si provvederà al recupero dell'agevolazione concessa, ed all'applicazione delle sanzioni previste dalla Legge;
- che i contributi verranno concessi fino ad esaurimento delle risorse disponibili e seguendo il seguente ordine di priorità: famiglie numerose con 4 e più figli, disabili, anziani, altre categorie.

Nel caso di esito positivo della domanda, si chiede che la liquidazione del contributo spettante avvenga tramite *(barrare la casella che interessa)*:

Riscossione diretta presso la Tesoreria Comunale del Comune di Fiorenzuola - Cassa di Risparmio di Parma e Piacenza - C.so Garibaldi n. 120 – Fiorenzuola d'Arda (PC)

Accredito su conto corrente bancario o postale intestato a \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

**PARERE DEL COMUNE DI RESIDENZA**

L'Ufficio Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_ 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

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_