

**ALL. A**

**Al Direttore della Ripartizione**

**Servizi alla Persona**

**P.zza Chiurlia n. 27**

**70121 Bari**

**RICHIESTA DI ACCESSO ALLA “MISURA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER LA MOBILITA’ IL BENESSERE E L’INCLUSIONE SOCIALE RISERVATO AI CITTADINI DIVERSAMENTE ABILI”.**

Il/La sottoscritta (cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, alla via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (campo obbligatorio)

mail/PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

(*barrare un’opzione*):

**per sè stesso**

**in nome e per conto** del/la sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_alla via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*specificare se tutore/amministratore di sostegno/curatore/ genitore esercente la patria potestà nel caso di minore etc*.)

**di poter accedere al contributo di mobilità**

a tal fine, consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000 e smi, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, e delle conseguenze previste dall’art. 75 del su richiamato DPR 445/2000 relative alla decadenza da benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA**

**ai sensi degli artt. 45 e 46 del DPR 445/2000 e smi**

* di essere residente nel Comune di Bari;
* di possedere un attestato ISEE ordinario pari ad Euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*da allegare alla istanza*);
* di avere la seguente condizione di disabilità fisica, psichica o non vedente (*riconosciuta con verbale definitivo della competente Commissione sanitaria competente da allegare alla istanza a pena di esclusione*):
* *barrare l’opzione di pertinenza*
* invalidità totale con diritto all’indennità di accompagnamento
* invalidità al 100% con limitazione delle capacità di deambulazione comprovata dalla condizione di gravità (Legge 104/92 art.3 comma 3)
* cecità totale o con un residuo visivo non superiore ad 1/20 o ipovedenza grave (secondo quanto previsto dall’art.4 della legge 3/04/01 n.138);
* di non usufruire di altre fonti di sovvenzionamento riconosciute dall’Amministrazione per medesime finalità.

|  |
| --- |
| * + **PER IL RICHIEDENTE DI ETÀ NON SUPERIORE A 64 ANNI** * **di avere la seguente esigenza - *(da comprovarsi mediante documentazione da allegare alla istanza):*** * *barrare l’opzione di pertinenza* * raggiungere il luogo di lavoro presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , sito in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   ovvero   * frequentare il Centro socio-culturale e/o ricreativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sito in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   ovvero   * frequentare il centro di riabilitazione fisica e/o di fisioterapia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sito in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_non rientranti nel trasporto socio riabilitativo organizzato dalla Asl, per cui il Comune concorre nella misura del 60%, né in quello verso strutture sociali e socio riabilitative finanziate dalla misura regionale “Buoni servizio in favore di disabili ed anziani non autosufficienti”;   ovvero   * frequentare l’Università degli Studi di Bari, facoltà \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sito in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   ovvero   * frequentare l’istituto scolastico (si specifica che è escluso da questo servizio il trasporto scolastico per la scuola dell’obbligo, che è di competenza della Ripartizione Politiche Educative) ;   ovvero   * raggiungere altre destinazioni non indicate nei precedenti punti legate ad altre esigenze personali (nel limite massimo indicato di € 120,00 mensile); |

|  |
| --- |
| * **PER IL RICHIEDENTE DI ETÀ SUPERIORE A 64 ANNI** * **di avere la seguente esigenza - *(da comprovarsi mediante documentazione da allegare alla istanza):*** * *barrare l’opzione di pertinenza* * raggiungere il luogo di lavoro presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , sito in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   ovvero   * frequentare il centro di riabilitazione fisica e/o di fisioterapia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sito in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_non rientranti nel trasporto socio riabilitativo organizzato dalla Asl, per cui il Comune concorre nella misura del 60%, né in quello verso strutture sociali e socio riabilitative finanziate dalla misura regionale “Buoni servizio in favore di disabili ed anziani non autosufficienti”; |

**DICHIARA inoltre**

* che il nucleo familiare della persona per cui si chiede il contributo è così composto

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nome e cognome | Luogo e data di nascita | Relazione parentale | | *Richiedente* |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   Specificare se nel nucleo familiare su attestato, oltre al richiedente, ci sono altri disabili accertati   * **SI** - nel caso indicare il/i nominativo/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*allegare documentazione a comprova*) * **NO**   Specificare se il richiedente o il nucleo familiare è in carico ai Servizi Sociali del Comune di Bari   * **SI** (*allegare documentazione a comprova*) * **NO** |  |

* di essere consapevole che i requisiti di partecipazione e per l’attribuzione dei punteggi devono essere posseduti alla data di scadenza del termine per la presentazione delle istanze;
* di aver preso atto dei contenuti e della disciplina speciale dell’Avviso Pubblico per l’accesso al contributo di mobilità per utenti diversamente abili e di accettarla incondizionatamente;
* di aver letto e compreso l’informativa allegata all’Avviso e resa dal Comune di Bari ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679.

**ALLEGA**

* copia del documento di identità (dell’interessato e dell’istante se diverso) *– a pena di esclusione a meno che non si utilizzi la firma digitale*
* il verbale rilasciato da apposita Commissione sanitaria attestante lo stato di invalidità totale con diritto all’indennità di accompagnamento **oppure** invalidità al 100% con limitazione delle capacità di deambulazione comprovata dalla condizione di gravità (Legge 104/92 art.3 comma 3) **oppure** cecità totale o con un residuo visivo non superiore ad 1/20 o ipovedenza grave (del richiedente contributo) *– a pena di esclusione*
* attestazione ISEE ordinario in corso di validità
* documentazione attestante la finalità/esigenza del contributo
* certificazione rilasciata dalla competente Commissione sanitaria attestante la condizione di disabilità di eventuali ulteriori componenti del nucleo familiare dell’interessato
* documentazione a comprova della eventuale presa in carico del nucleo familiare dell’interessato da parte dei Servizi Sociali comunali

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma per esteso e leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(a pena di esclusione)*