ALLEGATO **B**

PERSONE CON DISABILITÀ

Modulo per la richiesta degli interventi e serviziper la mobilità individuale (D.A.C. 129/2018 e ss.mm.ii.)

mobilità
ROMA

DISABILI

NOME _____ COGNOME _____

consapevole delle sanzioni penali, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, dichiara di essere:

Dati richiedente servizio

NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____ / ____ / _____

RESIDENTE A ROMA IN VIA / PIAZZA _____ N. _____ C.A.P. _____

CODICE FISCALE _____ TELEFONO _____ CELL. _____

EMAIL _____ PEC _____

E' OBBLIGATORIO compilare tutti i campi relativi ai dati anagrafici e fornire almeno un contatto telefonico (fisso o mobile). Si invita a segnalare un eventuale indirizzo PEC.

Dati: ☐ **Tutore** ☐ **Procuratore** ☐ **Esercente potestà genitoriale su minore**

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____ / ____ / _____

RESIDENTE A _____ VIA / PIAZZA _____ N. _____ C.A.P. _____

CODICE FISCALE _____ TELEFONO _____ CELL. _____

EMAIL _____ PEC _____

Sezione da compilare obbligatoriamente in caso di nomina di un tutore o di un procuratore con potere di sottoscrivere atti, per conto del soggetto rappresentato, destinati alla P.A. ovvero in caso di soggetto esercente potestà genitoriale sul soggetto richiedente minorenne.

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per la formazione della graduatoria unica relativa al "Regolamento dei servizi, misure ed interventi per la mobilità individuale delle persone con disabilità" (D.A.C. 129/2018)

DICHIARA **a tal fine di essere, alla data di presentazione della domanda, in una delle seguenti condizioni:**

☐ persona con disabilità grave (art. 3 co. 3 L. 104/92) titolare di Contrassegno Speciale per persone con disabilità

n. _____ rilasciato dal Comune di _____

☐ invalido al 100% con accompagnamento ☐ invalido al 100% senza accompagnamento ☐ invalido tra il 99% e il 74%

☐ persona con deficit visivo (L. 138/2001)

☐ cieco assoluto ☐ cieco parziale ☐ ipovedente grave

In caso di richiedente minorenne, viene assegnata automaticamente una percentuale di invalidità pari al 100%. Dovrà essere comunque prodotta eventuale documentazione attestante il riconoscimento dell'accompagnamento.

CHIEDE di usufruire degli interventi e servizi per la mobilità individuale per la seguente categoria (indicare una delle seguenti opzioni):

☐ **LAVORO**

☐ **STUDIO**

☐ **TERAPIA**

☐ **ATTIVITA' SOCIALI**

☐ **SPORT**

In caso di richiedente minorenne, non è possibile selezionare la categoria STUDIO.

CHIEDE di usufruire degli interventi e servizi per la mobilità individuale sulla base della seguente modalità di trasporto (indicare una delle seguenti opzioni):

☐ **COLLETTIVO**

☐ **INDIVIDUALE**

☐ **AUTOGESTITO** (opzione possibile solo per le categorie "lavoro" e "studio")

CHIEDE di usufruire degli interventi e servizi per la mobilità individuale per la seguente destinazione, giornate e orari (sezione da non compilare in caso di richiesta per la categoria "Attività Sociali" e "Terapia"):

INDIRIZZO DI DESTINAZIONE (ambito territoriale di Roma Capitale): _____

GIORNATE e ORARI di inizio e fine attività:

- ☐ lunedì dalle _____ alle _____
- ☐ martedì dalle _____ alle _____
- ☐ mercoledì dalle _____ alle _____
- ☐ giovedì dalle _____ alle _____
- ☐ venerdì dalle _____ alle _____
- ☐ sabato dalle _____ alle _____
- ☐ domenica dalle _____ alle _____

In caso di richiesta per la categoria "Sport", dichiara di praticare la seguente disciplina sportiva o ludico/sportiva:

_____

DICHIARA ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi:

(indicare una delle seguenti opzioni):

- ☐ di essere cieco assoluto o invalido al 100% con indennità di accompagnamento e di convivere solo con minori e/o con persone con invalidità civile al 100% e/o over 65 anni
- ☐ di essere cieco assoluto o invalido al 100% con indennità di accompagnamento e di vivere da solo o con assistente familiare
- ☐ di essere cieco assoluto o invalido al 100% con indennità di accompagnamento e di convivere anche con minori e/o con persone con invalidità civile al 100% e/o over 65 anni
- ☐ di vivere in nucleo familiare privo di entrambi i genitori o monogenitoriale, ovvero con caregiver riconosciuto da UVMD

(indicare una delle seguenti opzioni):

- ☐ di essere in possesso della Patente Speciale
- ☐ di non essere in possesso della Patente Speciale

- ☐ di essere affetto da disabilità plurima con presenza di più menomazioni coesistenti e non concorrenti (come da certificazione medica allegata)

(indicare una delle seguenti opzioni):

- ☐ di rientrare nella fascia di reddito ISEE superiore a 45.000 euro ovvero di non presentare il modello ISEE
- ☐ di rientrare nella fascia di reddito ISEE compresa fra 30.000,01 e 45.000 euro
- ☐ di rientrare nella fascia di reddito ISEE compresa fra 25.000,01 e 30.000 euro
- ☐ di rientrare nella fascia di reddito ISEE compresa fra 15.000,01 e 25.000 euro
- ☐ di rientrare nella fascia di reddito ISEE compresa fra 5.165,01 e 15.000 euro
- ☐ di rientrare nella fascia di reddito ISEE inferiore a 5.165,01 euro

(indicare una delle seguenti opzioni):

- ☐ di avvalersi di carrozzina pieghevole
- ☐ di avvalersi di carrozzina non pieghevole
- ☐ di non avvalersi di carrozzina

DICHIARA di non usufruire di analoghi servizi di mobilità forniti dall'ASL, nè da altre realtà istituzionali pubbliche o private

SI IMPEGNA

- a conoscere e rispettare integralmente le disposizioni del Regolamento dei servizi, misure ed interventi per la mobilità individuale delle persone con disabilità, adottato con D.A.C. n. 129 del 4.12.2018
- a fornire, entro 10 giorni dalla pubblicazione della graduatoria, su richiesta dell'Amministrazione:

  - per la categoria "terapia", dichiarazione della struttura con indicazione del piano terapeutico, della durata, della frequenza, dei luoghi e degli orari di effettuazione della terapia (con esclusione del trasporto da/per i centri ex art. 26 L. 833/78 e da/per i centri dialisi, di competenza dell'ambito sanitario)

  - in caso di trasporto autogestito, contratto di assunzione di collaboratore familiare come autista (oltre a copia delle buste-paga e ricevuta versamento contributi INPS), copia della carta di circolazione del veicolo (omologato per trasporto o guida disabili e intestato a richiedente, datore di lavoro, familiare che ha a carico il disabile o ad altra persona che non sia l'autista, suoi familiari conviventi), dichiarazione di comodato d'uso del veicolo se non intestato al richiedente, attestazione di assicurazione RCT del veicolo (comprensivo di polizza assicurativa del conducente), atto d'impegno sottoscritto col Municipio (progettualità SAISH/ SAISA)
- a confermare, dopo la pubblicazione della graduatoria, su richiesta dell'Amministrazione:

  - per le categorie "lavoro" e "studio", le informazioni relative a sedi, giorni e orari di svolgimento dell'attività, come riportato rispettivamente nella dichiarazione del datore di lavoro o della struttura di formazione (alta formazione universitaria, corsi post-laurea o di specializzazione, tirocinio formativo lavorativo ex L. 68/99) attestante rapporto di lavoro ovvero frequenza

  - per la categoria "sport", le informazioni relative a sedi, giorni e orari di svolgimento dell'attività ludico/sportiva praticata

DICHIARA **di allegare alla presente domanda la seguente documentazione** (barrare le relative caselle)**:**

DOCUMENTAZIONE VALIDA PER TUTTE LE CATEGORIE

- ☐ verbale di riconoscimento dell'invalidità civile
- ☐ certificazione medica attestante una condizione di disabilità grave ai sensi della L. 102/09, ovvero della L. 104/92, art. 3 comma 3
- ☐ certificazione medica attestante cecità totale, parziale o ipovisione grave ai sensi della L. 138/01
- ☐ copia del Contrassegno Speciale di circolazione per persone con disabilità intestato al richiedente (se rilasciato da altro Comune)
- ☐ certificazione medica attestante la presenza di più menomazioni coesistenti e non concorrenti
- ☐ modello ISEE ordinario (in caso di richiesta per modalità di trasporto autogestito, modello ISEE socio-sanitario)
- ☐ copia dell'atto di nomina del tutore ovvero della procura, nel caso in cui il richiedente sia rappresentato da altro soggetto
- ☐ delega scritta e copia dei documenti d'identità del delegato, in caso di presentazione della domanda da parte di terzi
- ☐ copia di un documento d'identità del richiedente
- ☐ copia di un documento d'identità di eventuale tutore/procuratore, o di eventuale esercente potestà genitoriale su minorenne
- ☐ in caso di richiesta da parte di minorenne, eventuale documentazione attestante il riconoscimento dell'accompagnamento

DOCUMENTAZIONE VALIDA PER LA CATEGORIA LAVORO

- ☐ dichiarazione del datore di lavoro attestante il legame lavorativo con il richiedente, con indicazione delle sedi, dei giorni e degli orari di svolgimento dell'attività (se il datore di lavoro è una Pubblica Amministrazione, è consentita autocertificazione)

DOCUMENTAZIONE VALIDA PER LA CATEGORIA STUDIO

- ☐ dichiarazione dell'istituto di formazione attestante la frequenza di corsi di alta formazione universitaria, oppure corsi post-laurea o di specializzazione, piuttosto che della struttura presso cui siano istituiti percorsi di tirocinio formativo finalizzati all'inserimento lavorativo ai sensi della L. 68/99 (non coperti da servizi di trasporto ad hoc), con indicazione delle sedi, dei giorni e degli orari di svolgimento dell'attività

Il/La sottoscritto/a, presa visione dei dati sopraccitati, conferma che corrispondono a quanto da Lui/Lei dichiarato. Roma Servizi per la Mobilità S.r.l. declina qualsivoglia responsabilità in caso di errata comunicazione degli stessi.
Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, conferma che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.
Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare immediatamente a Roma Servizi per la Mobilità S.r.l. ogni variazione del contenuto di quanto dichiarato.

Roma, lì _____ Firma _____

Il/La sottoscritto/a, avendo letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA UNICA RELATIVA AL "REGOLAMENTO DEI SERVIZI, MISURE ED INTERVENTI PER LA MOBILITA' INDIVIDUALE DELLE PERSONE CON DISABILITA'", dichiara espressamente di prestare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le specifiche finalità ivi indicate.

Roma, lì _____ Firma _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

1. COPIA CERTIFICAZIONE MEDICA

- verbale di riconoscimento di invalidità civile

- certificazione medica attestante una condizione di disabilità grave ai sensi della L. 102/09 o della L. 104/92 art. 3 comma 3 (**con indicazione della percentuale di invalidità e eventuale indennità di accompagnamento**), o certificazione medica attestante cecità totale, parziale o ipovisione grave ai sensi della L. 138/01

- in caso di disabilità plurima, certificazione medica attestante la presenza di più menomazioni coesistenti e non concorrenti

- in caso di titolarità di Contrassegno Speciale rilasciato da Comune diverso da Roma, copia fronte/retro dell'autorizzazione

2. COPIA ATTESTAZIONE CONDIZIONE ECONOMICA

- modello ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) ordinario

- in caso di scelta della modalità di trasporto autogestito, modello ISEE socio/sanitario

3. ALTRA DOCUMENTAZIONE

- Categoria LAVORO/STUDIO: dichiarazione del datore di lavoro o della struttura di formazione attestante rapporto di lavoro ovvero frequenza (corsi di alta formazione universitaria, corsi post-laurea o di specializzazione, tirocinio formativo finalizzato all'inserimento lavorativo ai sensi della L. 68/99), con indicazione delle sedi, dei giorni e degli orari di svolgimento dell'attività, come da format in allegato. Se il datore di lavoro è una Pubblica Amministrazione, è necessario produrre autocertificazione.

- copia dell'atto di nomina del tutore ovvero della procura, nel caso in cui il richiedente sia rappresentato da altro soggetto

- delega scritta e copia dei documenti d'identità del delegato, in caso di presentazione della domanda da parte di terzi

- copia di un documento d'identità del richiedente

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:

La presente domanda può essere presentata attraverso i seguenti canali (in busta chiusa, con indicazione del nominativo del mittente, in caso di presentazione fisica):

- c/o Roma Servizi per la Mobilità - Sportello al pubblico di Piazzale degli Archivi, 40 - dal lunedì al venerdì, dalle 8.30 alle 16.00 (consegna plico chiuso che riporti la seguente dicitura: "*domanda per la richiesta degli interventi e servizi per la mobilità individuale (D.A.C. n. 129/2018)*")
- via PEC alla casella: **disabili.trasportoindividuale@pec.romamobilita.it**
- via Raccomandata indirizzata a Roma Servizi per la Mobilità - Piazzale degli Archivi, 40 (CAP 00144 Roma)

N.B. Le domande pervenute entro il termine di scadenza stabilito dal nuovo avviso pubblico alla data del 17 gennaio 2020 (ore 12) saranno prese in considerazione ai fini della costituzione dell'integrazione/appendice della graduatoria unica 2019/2022, nei limiti delle risorse disponibili, o nella c.d. lista di attesa.

SI RICORDA CHE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000, LA DOMANDA PRESENTATA PRIVA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE, E/O PRIVA DI ANCHE SOLO UNA DELLE FIRME PREVISTE, OVVERO LADDOVE UNA O PIU' DI ESSE RISULTASSE ILLEGGIBILE E' DA CONSIDERARSI NULLA IN VIA DEFINITIVA

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____ / ____ / _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ SCALA_____ PIANO_____ INT_____

C.A.P. _____ TELEFONO _____ FAX/CELL. _____

E-MAIL _____

DOCUMENTO D'IDENTITÀ _____ NUMERO _____

RILASCIATO DA _____ DATA DEL RILASCIO ____ / ____ / _____

DATI SOCIETARI

IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA STRUTTURA:

RAGIONE SOCIALE _____

CODICE FISCALE _____

PARTITA IVA _____

SEDE IN _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ SCALA_____ PIANO_____ INT_____

C.A.P. _____ TELEFONO _____ FAX/CELL. _____

E-MAIL _____ PEC* _____

DICHIARA CHE

IL SIG. _____ E' LEGATO ALLA SOCIETA' DA ME RAPPRESENTATA DA UN RAPPORTO DI LAVORO REGOLAMENTATO SULLA BASE DELLA NORMATIVA VIGENTE, CON LA SEGUENTE VALIDITA':

☐ FINO ALLA DATA DEL ____ / ____ / _____ ☐ A TEMPO INDETERMINATO

LO STESSO OPERA PRESSO LA SEDE UBICATA AL SEGUENTE INDIRIZZO NELL'AMBITO DEL TERRITORIO DI ROMA CAPITALE:

_____, E OSSERVA I SEGUENTI ORARI:

☐ lunedì	dalle _____	alle _____
☐ martedì	dalle _____	alle _____
☐ mercoledì	dalle _____	alle _____
☐ giovedì	dalle _____	alle _____
☐ venerdì	dalle _____	alle _____
☐ sabato	dalle _____	alle _____
☐ domenica	dalle _____	alle _____

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, conferma che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.
Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare immediatamente a Roma servizi per la mobilità S.r.l. ogni variazione del contenuto di quanto dichiarato.

Roma, lì _____ Firma _____

Il/La sottoscritto/a, avendo letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA UNICA RELATIVA AL "REGOLAMENTO DEI SERVIZI, MISURE ED INTERVENTI PER LA MOBILITA' INDIVIDUALE DELLE PERSONE CON DISABILITA'", dichiara espressamente di prestare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le specifiche finalità ivi indicate.

Roma, lì _____ Firma _____

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI FORMAZIONE

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____ / ____ / _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ SCALA_____ PIANO_____ INT_____

C.A.P. _____ TELEFONO _____ FAX/CELL. _____

E-MAIL _____

DOCUMENTO D'IDENTITÀ _____ NUMERO _____

RILASCIATO DA _____ DATA DEL RILASCIO ____ / ____ / _____

DATI SOCIETARI

IN QUALITÀ DI RESPONSABILE DELLA STRUTTURA (con facoltà di sottoscrizione di atti per conto della medesima):

RAGIONE SOCIALE _____

CODICE FISCALE _____

PARTITA IVA _____

SEDE IN _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ SCALA_____ PIANO_____ INT_____

C.A.P. _____ TELEFONO _____ FAX/CELL. _____

E-MAIL _____ PEC* _____

DICHIARA CHE

IL SIG. _____ E' REGOLARMENTE ISCRITTO PRESSO LA SCRIVENTE STRUTTURA AD UN CORSO DI FORMAZIONE:

☐ alta formazione universitaria ☐ corso post-laurea ☐ corso di specializzazione

CON DURATA FINO ALLA DATA DEL ____ / ____ / _____.

LO STESSO OPERA PRESSO LA SEDE UBICATA AL SEGUENTE INDIRIZZO: _____, E OSSERVA I SEGUENTI ORARI

☐ lunedì dalle _____ alle _____
☐ martedì dalle _____ alle _____
☐ mercoledì dalle _____ alle _____
☐ giovedì dalle _____ alle _____
☐ venerdì dalle _____ alle _____
☐ sabato dalle _____ alle _____
☐ domenica dalle _____ alle _____

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, conferma che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.
Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare immediatamente a Roma servizi per la mobilità S.r.l. ogni variazione del contenuto di quanto dichiarato.

Roma, lì _____ Firma _____

Il/La sottoscritto/a, avendo letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA UNICA RELATIVA AL "REGOLAMENTO DEI SERVIZI, MISURE ED INTERVENTI PER LA MOBILITA' INDIVIDUALE DELLE PERSONE CON DISABILITA'", dichiara espressamente di prestare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le specifiche finalità ivi indicate.

Roma, lì _____ Firma _____

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA PER IL TIROCINIO FORMATIVO FINALIZZATO ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO ai sensi della L. 68/99

NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____ / ____ / _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ SCALA_____ PIANO_____ INT_____

C.A.P. _____ TELEFONO _____ FAX/CELL. _____

E-MAIL _____

DOCUMENTO D'IDENTITÀ _____ NUMERO _____

RILASCIATO DA _____ DATA DEL RILASCIO ____ / ____ / _____

DATI SOCIETARI

IN QUALITÀ DI RESPONSABILE DELLA STRUTTURA (con facoltà di sottoscrizione di atti per conto della medesima):

RAGIONE SOCIALE _____

CODICE FISCALE _____

PARTITA IVA _____

SEDE IN _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____ SCALA_____ PIANO_____ INT_____

C.A.P. _____ TELEFONO _____ FAX/CELL. _____

E-MAIL _____ PEC* _____

DICHIARA CHE

IL SIG. _____ E' IMPEGNATO PRESSO LA NOSTRA STRUTTURA NELL'EFFETTUAZIONE DI UN TIROCINIO FORMATIVO FINALIZZATO ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO, CON DURATA FINO ALLA DATA DEL ____ / ____ / _____.

LO STESSO OPERA PRESSO LA SEDE UBICATA AL SEGUENTE INDIRIZZO: _____,

E OSSERVA I SEGUENTI ORARI:

- ☐ lunedì dalle _____ alle _____
- ☐ martedì dalle _____ alle _____
- ☐ mercoledì dalle _____ alle _____
- ☐ giovedì dalle _____ alle _____
- ☐ venerdì dalle _____ alle _____
- ☐ sabato dalle _____ alle _____
- ☐ domenica dalle _____ alle _____

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, conferma che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.
Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare immediatamente a Roma servizi per la mobilità S.r.l. ogni variazione del contenuto di quanto dichiarato.

Roma, lì _____ Firma _____

Il/La sottoscritto/a, avendo letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA UNICA RELATIVA AL "REGOLAMENTO DEI SERVIZI, MISURE ED INTERVENTI PER LA MOBILITA' INDIVIDUALE DELLE PERSONE CON DISABILITA'", dichiara espressamente di prestare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le specifiche finalità ivi indicate.

Roma, lì _____ Firma _____