

Al Comune di Pordenone
Settore III – Servizi alla persona e alla comunità
P.tta Calderari, 2
33170 - PORDENONE

OGGETTO: Istanza di **accesso alle prestazioni a favore di soggetti mutilati e invalidi del lavoro** di cui all'art. 4 – commi 22, 23, 24 e 25 della Legge Regionale 23 gennaio 2007, n. 1 **per l'anno** _____

Il sottoscritt _____, nat_ il _____

a _____ (Prov. _____) e residente a _____

in P.zza/Via _____ n.c. _____ - cittadinanza _____

- tel. _____ - e-mail _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nella sua qualità di _____ (*specificare la fattispecie: mutilato ed invalido del lavoro; esercente la potestà genitoriale/figlio in caso di richiesta a favore di orfani di invalidi del lavoro*)

CHIEDE

l'accesso ad una o più delle prestazioni previste dalla norma in oggetto richiamata, come sotto meglio specificato:

- 1. contributo per spese scolastiche de ___ propri_ figli_ **fiscalmente a carico** (*con esclusione delle iscrizioni universitarie quale studente "fuori corso"*)
- 2. contributo per spese scolastiche a favore di mutilato ed invalido del lavoro studente (*con esclusione delle iscrizioni universitarie quale studente "fuori corso"*)
- 3. assegno di incollocamento a favore di mutilati ed invalidi del lavoro disoccupati, con invalidità non inferiore al 34% , iscritti alle liste del "collocamento mirato" di cui all' art. 8 comma 2 L. 12 marzo 1999, n. 68 (il contributo spetta **in misura mensile**, sulla base dei mesi durante i quali non è stata svolta attività lavorativa, mentre **non spetta** a quei soggetti che risultino in situazione di **"non occupazione nell'anno di riferimento**) relativamente all'anno _____
- 4. contributo straordinario *una tantum* a favore di mutilati ed invalidi del lavoro che intraprendono una attività in proprio
- 5. contributo straordinario a favore di mutilati ed invalidi del lavoro disoccupati
- 6. assegno a favore di mutilati ed invalidi del lavoro ex titolari di assegno di incollocabilità ultra65enni
- 7. contributo per soggiorni climatici a favore di mutilati ed invalidi del lavoro **disoccupati** con invalidità non inferiore al 34% per un periodo non superiore ai 15 giorni nel corso dell'anno

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti falsi ed in caso di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione potrà decadere, ai sensi dell'art. 75 del succitato DPR 445/2000 e s.m.i., dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

D I C H I A R A

(barrare le caselle di interesse)

- di essere stato riconosciuto soggetto mutilato e invalido del lavoro, come certificabile dall'INAIL
- (nel caso di figlio minore)* di esercitare la potestà genitoriale nei confronti di _____
_____, figlio del __ sig. __ _____
(deceduto in data _____), riconosciuto soggetto mutilato e invalido del lavoro
- (nel caso di figlio maggiorenne)* di essere figlio del __ sig. __ _____
(deceduto in data _____), riconosciuto soggetto mutilato e invalido del lavoro
- di non aver mai beneficiato del/i contributo/i richiesti con la presente istanza per il periodo qui indicato

(per i soli cittadini non appartenenti alla comunità europea)

- di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno in corso di validità (rilasciato da _____ e con validità dal _____ al _____)
- di essere in possesso di richiesta per il rinnovo del permesso di soggiorno (presentata in data _____)
- di essere in possesso di regolare documento di soggiorno per lungosoggiornanti CE (rilasciato da _____ in data _____)

In caso di richiesta d'accesso alle prestazioni di cui ai punti 1. o 2., **dichiara**

- che il contributo viene richiesto per la frequenza della scuola sotto riportata per i soggetti sotto indicati e **fiscalmente a carico** del __ scrivente

NOME E COGNOME DELLO STUDENTE	Grado di parentela con il soggetto mutilato/invalido del lavoro	Corso di studio frequentato	Denominazione della scuola e relativo indirizzo	Anno scolastico/accademico per cui si chiede l'intervento

In caso di richiesta d'accesso alla prestazione di cui al punto 3., **dichiara che**

- è stato iscritto **nell'anno precedente a quello della presente domanda** alle liste del "collocamento mirato" di cui all'art. 8 – comma 2 – della Legge 12 marzo 1999, n. 68 quale soggetto disabile di cui all'art. 1 – comma 1 – lettera b) della medesima Legge, per il **periodo** dal _____ al _____
- nell'anno precedente alla presente domanda ha prestato attività lavorativa per il periodo dal _____ al _____, con un reddito lordo non superiore a € _____ (si perde la condizione di "non occupazione" con un reddito da lavoro subordinato o parasubordinato superiore a € 8.000,00 e con un reddito lordo da lavoro autonomo superiore a € 4.800,00)

In caso di richiesta d'accesso alla prestazione di cui al punto 4., **dichiara**

- di gestire la seguente attività intrapresa in proprio _____, e di non avere mai beneficiato del contributo in parola, consapevole che trattasi di un contributo "una tantum"
- che il numero della partita IVA al sottoscritto intestata è il seguente _____
- di essere iscritto alla Camera di Commercio di _____ al n. _____

In caso di richiesta d'accesso alla prestazione di cui al punto 5., **dichiara**

- di trovarsi, alla **data di presentazione della presente domanda**, in stato di disoccupazione come certificabile dal Centro per l'Impiego

In caso di richiesta d'accesso alla prestazione di cui al punto 6., **dichiara**

- di essere stato titolare di assegno di incollocabilità fino alla data del compimento dei 65 anni

In caso di richiesta d'accesso alla prestazione di cui al punto 7., a fronte di una invalidità non inferiore al 34%, **dichiara**

- che durante il periodo del soggiorno climatico di cui alla presente istanza si trovava **in stato di disoccupazione**
- di avere effettuato, nel periodo dal _____ al _____, un soggiorno climatico su **prescrizione medica (che si allega alla presente)**, verso una spesa complessiva di € _____, come da **specificata documentazione fiscale (che si allega alla presente)**

Di essere informato ed accettare, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003 in materia di protezione dei dati personali, che il trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, forniti con la presente istanza e con eventuali documenti ulteriori presentati è effettuato dal Comune di Pordenone, quale titolare del trattamento, nell'ambito delle attività istituzionali; che il trattamento dei dati verrà effettuato anche con procedure telematiche ed è finalizzato all'espletamento delle attività, connesse e strumentali, alla gestione delle procedure amministrative volte anche a verificare le condizioni e gli stati dichiarati per l'accesso alle prestazioni di cui alla presente istanza. E' inoltre consapevole, ed accetta, che i dati raccolti potranno essere comunicati alla Regione Friuli Venezia Giulia, all'AAS 5, ad altri soggetti interessati in forma diretta e/o indiretta alla procedura. E' consapevole che sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai dati personali, di richiederne l'aggiornamento, la rettifica e/o l'integrazione degli stessi se incompleti e/o erronei, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati.

CHIEDE

