



Comune di Rimini

Dipartimento Servizi di Comunità

Ufficio Bandi

Via Ducale, 7 - 47900 Rimini
tel. 0541 704689 fax 0541 782769
www.comune.rimini.it
c.f.-p.iva 00304260409

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI RIMBORSI DELLE SPESE DI VIAGGIO IN FAVORE DI SPECIFICHE CATEGORIE DI UTENTI

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

a) di trovarsi in una o più delle seguenti condizioni di seguito autocertificate:

- le persone che necessitino di recarsi presso le strutture sanitarie pubbliche o private, anche fuori Comune;
- le persone che presentino difficoltà nella mobilità;
- le donne in stato di gravidanza;
- le persone affette da patologie dimostrabili;
- le persone che si trovano in una situazione di fragilità economica le cui entrate da redditi, rilevanti ai fini IRPEF, siano inferiori ad euro 15.000,00 per l'anno 2020, oppure attualmente disoccupate o in cassa integrazione.

b) di essere Residente a Rimini;

c) di avere effettuato spostamenti a mezzo del servizio di taxi ovvero di noleggio con conducente dal 15 luglio 2020 al 31 dicembre 2021 per le condizioni di cui al punto a), come da rendiconto allegato;

d) di non essere già assegnatario di misure di sostegno pubblico nell'anno di competenza;

e) di non avere ricevuto provvedimenti di DECADENZA da altre Pubbliche Amministrazioni, negli ultimi 2 anni.

ALLEGA

La seguente documentazione attestante i requisiti prescritti dal Bando:

- 1) COPIA di un documento d'identità di colui/lei che sottoscrive la domanda;
- 2) COPIA di un documento atto a dimostrare la condizione selezionata;
- 3) COPIA (fatture o scontrini fiscali) delle spese effettivamente sostenute dal 15/07/2020 al 31/12/2021;
- 4) La modalità di accredito del rimborso unitamente al modello di riepilogo delle spese sostenute;

CHIEDE

L'erogazione del rimborso, a tal fine

Firma del Dichiarante

(firma leggibile)

Dichiaro di avere preso visione della Informativa sulla Privacy affissa all'ingresso dell'ufficio o sul portale Comunale (art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679)

Firma del Dichiarante

(firma leggibile)



RICEVUTA DI PRESENTAZIONE DOMANDA BUONI VIAGGIO



L'ufficio Comunale attesta che il/la signor/ra _____
ha presentato domanda di rimborso in data _____

COMUNICAZIONE DI AVVIO AL PROCEDIMENTO AI SENSI ART 7 L. 241/90

Si informa che la presente vale anche quale avvio al procedimento per le verifiche di veridicità previste ai sensi del DPR 445/2000.

Ai sensi dell'art. 8 L. 241/90 si comunica che:

- a) L'Amministrazione Competente è il Comune di Rimini;
- b) L'oggetto del procedimento è l'istruttoria per l'erogazione dei rimborsi per spese viaggio presso punti vaccinali;
- c) L'ufficio Responsabile del Procedimento è – Ufficio Bandi e Isee del Servizio di Protezione sociale – via Ducale, 7 – Rimini;
- d) Il Responsabile del procedimento è il Dott. Stefano Spadazzi;
- e) Il procedimento si concluderà entro 60gg dalla data di scadenza del Bando (15/1/2018). L'eventuale richiesta di documentazione integrativa sospende i termini per la conclusione del procedimento; il procedimento si concluderà con la comunicazione degli ammessi a contributo, non vengono computati nel termine di 60gg.i tempi di effettiva liquidazione dei contributi.
- f) L'Ufficio presso il quale è possibile prendere visione degli atti è l'Ufficio Bandi - Servizio di Comunità del Comune di Rimini – via Ducale, 7 – Rimini

