|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| **MARCA DA BOLLO**  **EURO 16,00**  Apporre sul documento cartaceo la marca da bollo e annullarla  **(NON RICHIESTO** nel caso l’imposta sia pagata con F23 o **SE ESENTI)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | |
| Alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia  Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità  Servizio programmazione e sviluppo dei servizi sociali  e dell'integrazione e assistenza sociosanitaria  Via Cassa di Risparmio, 10  34121 TRIESTE | | | | | | |
| **OGGETTO: Domanda contributo anno \_\_\_\_\_\_\_\_**  **Legge regionale 14 novembre 2022, n. 16, art. 10**  **Legge regionale 25 settembre 1996, n. 41, art. 15**  **D.P.Reg. 25 settembre 2001 n. 350**  **Gestione servizi di TRASPORTO per persone con disabilità**  Il/La sottoscritto/a | | | | | | |
| SOTTOSCRITTORE ISTANZA | | | | | | |
| Nome e Cognome |  | | | | | |
| C.F. |  | | | | | |
| In qualità di: | * Responsabile del procedimento * Legale Rappresentante * Altro (specificare)   Dell’ente di seguito indicato… | | | | | |
|  |  | | | | | |
| Anagrafica dell’Ente RICHIEDENTE | | | | | | |
| Identificazione soggetto/ente che presenta la domanda: | **(c. 3, art. 10 LR 16/22)**   * Comune * SSC - **in qualità di ente gestore dei SSC dell’ambito** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Azienda per i servizi sanitari * Enti del terzo settore con iscrizione al RUNTS n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Soggetti del privato sociale che gestiscono servizi di trasporto   Specificare tipologia ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Denominazione |  | | | | | |
| Codice Fiscale |  | | | | | |
| Indirizzo sede legale | Indicare via, civico, cap, comune, provincia | | | | | |
| PEC |  | | | | | |
| **Referente per comunicazioni** | Indicare nome cognome | | | | | |
| Telefono referente |  | | | | | |
| e-mail referente |  | | | | | |
| **ADEMPIMENTI FISCALI E OBBLIGHI DI TRASPARENZA E DI PUBBLICITÀ**  **(NO ENTI PUBBLICI)** | | | | | | |
| **- In merito alla ritenuta d’acconto del 4% ai sensi dell’art. 28, comma 2, D.P.R. 600/1973 (barrare la casella di pertinenza):**  □ che l’ente/ associazione/\_\_\_\_\_\_\_ **NON è soggetta** alla ritenuta d’acconto del 4% in quanto:  □ Ente iscritto all’anagrafe Onlus  □ Organizzazione di volontariato  □ Cooperativa sociale  □ Ente che non svolge neppure occasionalmente attività commerciale o, in ogni caso non produce reddito di impresa  □ Ente che percepisce il contributo per le attività istituzionali statutariamente previste, a condizione che le attività svolte non assumano natura commerciale  □ che l’ente/ associazione/ \_\_\_\_\_ **E’ soggetta** alla ritenuta d’acconto del 4% in quanto:  □ ente che svolge attività commerciale prevalente o esclusiva (es. impresa sociale)  □ ente che svolge occasionalmente o marginalmente attività commerciale ed il contributo in oggetto è destinato all’esercizio di attività commerciale ex art. 55 D.P.R. 917/1986  **- che l’Iva (barrare solo una casella):**  □ è totalmente detraibile e quindi non costituisce un costo **(in questo caso il preventivo di spesa deve essere indicato al netto dell’IVA)**  □ è totalmente indetraibile e quindi costituisce un costo  □ è parzialmente detraibile nella percentuale del \_\_\_\_\_% in quanto vengono svolte sia attività soggette a IVA in regime ordinario sia attività esenti IVA  **- che risulta:**  □ esente da bollo ai sensi del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **□** soggetto al bollo ed assolto con contrassegno n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare le 14 cifre)  **- che nell’anno 2023 ovvero dal 01/01/2023 al 31/12/2023 (barrare solo una casella):**  □ **NON ha percepito** complessivamente sovvenzioni, sussidi, vantaggi o contributi da enti pubblici pari o superiori a 10.000,00 euro;  □ **HA percepito** complessivamente sovvenzioni, sussidi, vantaggi o contributi da enti pubblici pari o superiori a 10.000,00 euro e provvederà ad assolvere agli obblighi di pubblicità previsti dall’art. 1, commi 125-129 della L. 124/2017 e ss.mm.ii. entro il termine perentorio del 30/06/2024 per gli enti diversi dalle imprese sociali, oppure entro il termine fissato secondo la specifica normativa di settore per le imprese sociali, fornendone tempestiva comunicazione tramite PEC al seguente indirizzo: [salute@certregione.fvg.it](mailto:salute@certregione.fvg.it).  □ **HA percepito** complessivamente sovvenzioni, sussidi, vantaggi o contributi da enti pubblici pari o superiori a 10.000,00 euro ed ha provveduto ad assolvere agli obblighi di pubblicità previsti dall’art. 1, commi 125-129 della L. 124/2017 e ss.mm.ii, , pubblicando le relative informazioni (barrare la casella di pertinenza):  □ al seguente link: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    □ nella nota integrativa al bilancio di cui si allega copia in quanto tenuta alla redazione del bilancio d’esercizio/bilancio consolidato | | | | | | |
| **CHIEDE**  La concessione del contributo per l’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, previsto ai sensi della L.R. 16/2022, art. 10 per le spese relative alle attività di gestione di un servizio di trasporto per persone con disabilità, come di seguito indicate | | | | | | |
| **DICHIARA**   1. che il servizio di trasporto per persone disabili non rientra fra le modalità individuali di trasporto di cui all’art. 17 c. 5 lett. C della L.R. 16/2022; 2. che il preventivo di spesa non comprende oneri già sovvenzionati da altri contributi previsti da specifiche norme regionali per le medesime finalità né per l’ente richiedente né per l’eventuale ente affidatario (bandi); 3. che sono escluse dalle spese indicate nel preventivo le quote afferenti trasporto di utenti fuori regione (ad es. Veneto)   **SI IMPEGNA**  A comunicare prontamente qualsiasi cambiamento relativo al servizio di trasporto che comporti **una minore spesa** (es.: cessazione, riduzione del servizio, convenzioni, istituzione o maggiorazioni di contributi per l’utenza, etc.) | | | | | | |
| **DICHIARA INOLTRE** | | | | | | |
| dati relativi al servizio (programma) Il contenuto che viene qui richiesto potrà essere pubblicato, nel caso di concessione del contributo, sul sito internet della Regione FVG, nella sezione Amministrazione Trasparente e potrà essere utilizzato secondo gli obblighi di legge. | | | | | |
| Esiste flessibilità di percorso a fronte di particolari e/o impreviste esigenze degli utenti trasportati?  (cfr. art. 3 c. 1 lett. b) del Regolamento) | | | | | * Sì * No |
| Durante il percorso viene utilizzato personale di assistenza?  (cfr. art. 3 c. 1 lett. c) del Regolamento) | | | | | * Sì * No |
| Indicare il numero di persone con disabilità che si prevede di trasportare nel corso dell’anno dal servizio  Vanno indicate le persone singole contandole una sola volta, non vanno contati i progetti o il numero di trasporti. “Persona con disabilità” come definita dall’ art. 3 della L. 104/1992. | | | | |  |
| Il servizio è dedicato in via esclusiva al trasporto di persone con disabilità?  Indicare “no” se il servizio è dedicato anche a diverse tipologie di utenza (es. anziani, minori, …) | | | | | * Sì * No |
| Il servizio utilizza il trasporto collettivo dedicato alla generalità delle persone?  Ad esempio, servizi pubblici, autobus collettivi per studenti, ecc | | | | | * Sì * No |
| Indicare la tipologia di mezzi utilizzati  E’ possibile indicare più di una risposta | | | | | * Autoveicoli * Pullmini 9 posti * Minibus * Autobus |
| I mezzi utilizzati sono attrezzati per il trasporto di persone con disabilità? | | | | | * Sì * No |
| Numero di km complessivi **annuali** previsti per l’effettuazione del servizio: | | | | |  |
| Compartecipazione, il servizio di trasporto è effettuato: | | * Gratuitamente * Con contribuzione dell'utenza (descrivere brevemente i criteri di contribuzione) | | | |
| Apertura del servizio | | Indicare di seguito l’orario settimanale di massima del servizio:  Ad es. lun – ven dalle 8.00 alle 16.00 | | | |
| Indicare di seguito la durata del servizio nell’arco dell’anno  Ad es: 11 mesi chiusura agosto e festività | | | |
| Destinazioni  E’ possibile indicare più di una risposta | | * La NS Famiglia S. Vito al Tagliamento * La NS Famiglia Pasian di Prato * Istituto Santa Maria dei Colli - Fraelacco * Comunità Piergiorgio Udine * ANFFAS Pordenone * Progetto Spilimbergo * Altri Centri, servizi residenziali e semiresidenziali | | * Distretti sanitari, Ambulatori, centri fisioterapia e presidi ospedalieri * Sede lavorativa o di inserimento lavorativo generica * Fattorie sociali * Scuole dell’obbligo\* * Centri sportivi, palestre, centri ludici, luoghi di svago, teatro, centri commerciali, ecc. | |
| \* Si informa che **non sono finanziabili** dal presente contributo servizi destinati al trasporto verso istituti secondari superiori. | | | |
| Eventuali altre specifiche riguardo le destinazioni: | | |  |
| Il servizio di trasporto è gestito direttamente dal soggetto che presenta la domanda di contributo?  Indicare “no” se il servizio è stato affidato in appalto, in convenzione o altro ad altro soggetto diverso | | | | | * Sì * No |
| Se “no”, indicare la denominazione del soggetto che gestisce il servizio di trasporto ed il periodo di affidamento (inizio e fine) | | | | | |
| eventuali note aggiuntive: Indicare e descrivere ad esempio se sono presenti più servizi distinti. | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |
| Preventivo di spesa I presenti dati costituiscono il preventivo del servizio da compilare una sola volta anche se il servizio è organizzato a più moduli/tragitti.  Il preventivo di spesa deve comprendere l’IVA qualora questa rappresenti un costo | | | |
| Tariffa | | Qualora applicata, indicare la tariffa al **chilometro**:  ad es: 0,70 €/km |  |
| Preventivo  (la presente scomposizione delle spese è da considerarsi previsionale e indicativa, pertanto è possibile indicare importi stimati arrotondati o in formato percentuale) | Spese mezzi e trasporto  carburante, manutenzione automezzi, rimborsi spese vive a volontari, pedaggi autostrada, assicurazione automezzi, assicurazione autisti, nolleggio mezzi … | |  |
| Spese personale  personale diretto, personale indiretto, autisti, personale di assistenza, collaboratori segreteria (eventuale quota parte) … | |  |
| Spese amministrative e di gestione  quote telefono, utenze, pulizie locali, … | |  |
| **Dati necessari al riparto del finanziamento:**  I dati di seguito indicati verranno utilizzati per la quantificazione del contributo: | | | |
| **Totale preventivo (A)** | | |  |
| Contribuzioni dell’utenza: (B) | | |  |
| Altri finanziamenti concorrenti (indicare in note i riferimenti) (C) | | |  |
| **Importo su cui si chiede il contributo (Importo = A - B - C)** | | |  |
| eventuali note aggiuntive: Indicare eventuali note aggiuntive riguardanti il preventivo, ad esempio finanziamenti aggiuntivi: | | | |

|  |
| --- |
| Modalità di pagamento del contributo |
| □ i dati bancari/postali non sono variati rispetto l’annualità/le annualità precedenti |
| □ I dati bancari/postali sono stati variati e pertanto si comunica: |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Il c/c bancario o postale deve essere intestato al soggetto richiedente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Azienda di credito: \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Agenzia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | PAESE | | Codici contr. | | CIN | CODICE ABI (banca) | | | | | | CODICE CAB | | | | | NUMERO CONTO CORRENTE | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | coordinate IBAN | | | | coordinate BBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ufficio postale di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Agenzia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | PAESE | | Codici contr. | | CIN | CODICE ABI (banca) | | | | | | CODICE CAB | | | | | NUMERO CONTO CORRENTE | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | coordinate IBAN | | | | coordinate BBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Altri eventuali allegati:**

-Modello F23 relativo al versamento dell’imposta di bollo (se dovuta e se scelta come modalità di pagamento).

-Nota integrativa (ai fini della L. 124/2017).

luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*firma del legale rappresentante o del soggetto delegato o firma digitale*

**La presente domanda deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità ai sensi dell’art. 38 D.P.R. n. 445/2000 o sottoscritta digitalmente**