

**Amministrazione destinataria**

Comune di Porto Torres

**Ufficio destinatario**

Politiche sociali

## Domanda di indennità e rimborso delle spese di viaggio e trasloco a favore degli emigrati che rientrano in Sardegna

**Il sottoscritto**

|                      |                      |                      |                      |                             |                      |                               |                      |                          |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale              |                      |                               |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      |                               |                      |                          |                      |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita     |                      | Cittadinanza                |                      |                               |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      |                               |                      |                          |                      |
| Residenza            |                      |                      |                      |                             |                      |                               |                      |                          |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato                     | Interno              | Scala                         | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                          |                      |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

- il rimborso delle spese di viaggio sostenute  
**Importo complessivo delle spese di viaggio**  
 €
- il rimborso delle spese di trasloco  
**Importo complessivo delle spese di trasloco**  
 €
- l'indennità di prima sistemazione per il sottoscritto, eventuale coniuge e figli a carico o familiari conviventi senza reddito  
**Numero di figli a carico**

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

di essere emigrato per motivi di lavoro e di essere rientrato

|                                       |                     |                 |
|---------------------------------------|---------------------|-----------------|
| Regione o Stato estero di emigrazione | Data di emigrazione | Data di rientro |
|                                       |                     |                 |
| Motivo del rientro                    |                     |                 |
|                                       |                     |                 |

di non percepire altre indennità e contributi previsti da Leggi nazionali o erogati da altri Enti in analogia alle provvidenze disposte dalle Leggi regionali o nazionali

di essere in pensione

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

#### componente n. 1

|                 |                       |                  |              |
|-----------------|-----------------------|------------------|--------------|
| Cognome         | Nome                  | Codice Fiscale   |              |
|                 |                       |                  |              |
| Data di nascita | Sesso                 | Luogo di nascita | Cittadinanza |
|                 |                       |                  |              |
| Stato civile    | Rapporto di parentela |                  |              |
|                 |                       |                  |              |
| Professione     | % Disabilità          |                  |              |
|                 |                       |                  |              |

#### componente n. 2

|                 |                       |                  |              |
|-----------------|-----------------------|------------------|--------------|
| Cognome         | Nome                  | Codice Fiscale   |              |
|                 |                       |                  |              |
| Data di nascita | Sesso                 | Luogo di nascita | Cittadinanza |
|                 |                       |                  |              |
| Stato civile    | Rapporto di parentela |                  |              |
|                 |                       |                  |              |
| Professione     | % Disabilità          |                  |              |
|                 |                       |                  |              |

#### componente n. 3

|                 |                       |                  |              |
|-----------------|-----------------------|------------------|--------------|
| Cognome         | Nome                  | Codice Fiscale   |              |
|                 |                       |                  |              |
| Data di nascita | Sesso                 | Luogo di nascita | Cittadinanza |
|                 |                       |                  |              |
| Stato civile    | Rapporto di parentela |                  |              |
|                 |                       |                  |              |
| Professione     | % Disabilità          |                  |              |
|                 |                       |                  |              |

**componente n. 4**

|                      |                      |                       |                      |
|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                  | Codice Fiscale       |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita      | Cittadinanza         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Stato civile         |                      | Rapporto di parentela |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>  |                      |
| Professione          |                      | % Disabilità          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>  |                      |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- dichiarazione del datore di lavoro relativa alla cessazione del rapporto
- documentazione attestante le spese di viaggio sostenute
- documentazione attestante le spese di trasporto sostenute
- copia del certificato di assunzione  
*(ad eccezione del rientro per licenziamento non per motivi disciplinari, pensionato per vecchiaia, malattia o invalidità o per rientro del coniuge per uno dei motivi prima citati)*
- copia del certificato medico attestante la grave infermità dell'emigrato o del suo familiare
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Porto Torres

Luogo

Data

il dichiarante