MARCA DA
BOLLO IN CORSO LEGALE

Alla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
U.M.S.E. Disabilità ed integrazione socio-sanitaria
Via Gilli, 4
38121 TRENTO
umse.disabili_integrasociosan@pec.provincia.tn.it

DOMANDA DI ULTERIORI BUONI DI SERVIZIO CHILOMETRICI PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO E ACCOMPAGNAMENTO PER I SOGGETTI PORTATORI DI MINORAZIONE

"MuoverSi" (legge provinciale 7 gennaio 1991, n. 1 – articolo 20)

Il/la sottoscritto/a _____, sesso _____
(cognome e nome del/la richiedente; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (Provincia _____), il giorno ___/___/_____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ _____ (Provincia _____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

frazione _____, via _____, n. _____

Codice fiscale ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

cittadinanza _____ telefono _____/_____ e-mail/PEC _____

CHIEDE

l'assegnazione di ulteriori buoni di servizio chilometrici

❑ in qualità di portatore di minorazione utente del servizio, titolare della tessera n. _____

oppure

se il richiedente non è il portatore di minorazione utente del servizio, ma chi ne ha la rappresentanza:
❑ ai sensi dell'art. 5 d.P.R. 445/2000, in qualità di:
- ❑ genitore, persona esercente la potestà genitoriale o persona affidataria del portatore di minorazione;
- ❑ tutore/curatore del portatore di minorazione sotto riportato se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere.

per il/la Sig./ra _____, sesso _____
(cognome e nome del portatore di minorazione; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (Provincia _____), il giorno ___/___/_____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ _____ (Provincia _____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

frazione _____, via _____, n. _____

Codice fiscale ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

cittadinanza_____ telefono _____/_____ e-mail/PEC _____

titolare della tessera n._____

Per i seguenti motivi:

❑ **Lavoro**

da_____ a _____

comune di partenza *comune di arrivo*

- ❑ con un viaggio giornaliero di andata e ritorno
- ❑ con due viaggi giornalieri di andata e ritorno
- ❑ per tutti i mesi dell'anno
- ❑ solo nei mesi di _____

❑ **Studio**

- ❑ tutti i giorni
- ❑ con un viaggio giornaliero di andata e ritorno
- ❑ con due viaggi giornalieri di andata e ritorno
- ❑ altro _____

❑ **Incarichi di volontariato**

- ❑ tutti i giorni
- ❑ con altra frequenza _____

(Rientrano in questa tipologia unicamente gli impegni per cariche negli organi o per impegni di servizio programmato non occasionale nelle organizzazioni o loro articolazioni di livello provinciale)

❑ **Attività sociale presso il Centro/Laboratorio**

- ❑ tutti i giorni
- ❑ con altra frequenza_____

❑ **Prestazioni sanitarie per cure presso presidio ospedaliero Casa di Cura/Centro**

- ❑ per il periodo dal_____ al _____

con frequenza_____

- ❑ con frequenza giornaliera
- ❑ le date degli appuntamenti non sono state ancora concordate
- ❑ al bisogno_____

❑ **Visite mediche e prestazioni diagnostiche**

- ❑ per il periodo dal_____ al _____
- ❑ le date degli appuntamenti non sono state ancora comunicate
- ❑ al bisogno_____

(Qualora le prestazioni si svolgano fuori provincia è necessario segnalarle preventivamente utilizzando l'apposito modulo disponibile presso lo Sportello MuoverSi e sul sito internet della Provincia)

❑ **Altre necessità**

Specificare che cosa e la periodicità dei relativi viaggi_____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

❑ di essere iscritto/che la persona è iscritta al seguente istituto scolastico/formativo e/o facoltà universitaria *(solo per gli studenti)*

_____

❑ Il sottoscritto **dichiara altresì** di eleggere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (o l'indirizzo pec sopra indicato)_____ quale **domicilio digitale** cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

Luogo e data

_____

Firma

_____

ALLEGATI

Documentazione generale:

- ❑ dichiarazione del datore di lavoro che attesti lo svolgimento dell'attività lavorativa *(per il lavoratori)*
- ❑ dichiarazione del legale rappresentante dell'Organizzazione di volontariato che attesti l'impegno di servizio ufficiale e programmato presso l'organizzazione stessa o l'incarico in suoi organi *(per chi svolge costante attività di volontariato)*
- ❑ dichiarazione dell'Ente che attesti la frequenza *(per chi svolge attività presso centri diurni)* o certificazione dei servizi sociali
- ❑ fotocopia della prescrizione o della certificazione medica o del certificato di ricovero attestanti la necessità della prestazione sanitaria e la relativa frequenza

* * * * *

Ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del d.P.R. 445/2000, si attesta che la presente domanda è stata:

- sottoscritta, previa identificazione dell'interessato, in presenza del dipendente addetto _____
  (*indicare il nome del dipendente addetto)*
- consegnata da terzi o inviata all'ufficio con copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità dell'interessato

❑ **Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare**

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 del d.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra_____identificato/a mediante _____il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.

_____ _____

(data) *(timbro dell'ufficio e firma)*

❑ **Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare**

Ai sensi del comma 2 dell'articolo 4 del d.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra_____identificato/a mediante_____il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di_____che il/la sig./ra _____ si trova un una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute.

_____ _____

(data) *(timbro dell'ufficio e firma)*

Divieto delle "revolving doors" – articolo 53, comma 16-ter, d. lgs. 165/2001

I dipendenti pubblici che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.