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 ACCOMPAGNAMENTO SUPPLEMENTARE 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 _____

C H I E D E

i l r i c o n o s c i m e n t o d e l l ' a c c o m p a g n a m e n t o s u p p l e m e n t a r e

❑ 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._____

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)

D I C H I A R A

❑ **di essere/che la persona è**

❑ persona che vive in una abitazione **dove esistono barriere architettoniche** (in quanto priva di ascensore o di servoscala), le cui necessità di viaggio hanno sempre come destinazione:

❑ uno stabile dove non esistono barriere architettoniche

❑ uno stabile dove esistono barriere architettoniche

(*specificare)*_____

❑ persona che vive in una abitazione dove **non esistono barriere architettoniche** (in quanto priva di ascensore o di servoscala),le cui necessità di viaggio hanno sempre come destinazione:

*(specificare)*_____

❑ 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

_____

* * * * *

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)*