

AL COMUNE DI RESIDENZA DI _____
AMBITO TERRITORIALE N. 1 DI COSENZA
SETTORE 5 WELFARE
PIAZZA DEI BRUZI, 1
87100 COSENZA

“ALLEGATO A”

RICHIESTA SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN CONDIZIONI DI DISABILITÀ GRAVE E GRAVISSIMA (L. 104/1992, ART. 3, C. 3), RESIDENTI NEI COMUNI DELL’ATS N. 1 DI COSENZA

Dichiarazione Sostitutiva a norma del DPR 28/12/2000 N.445

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ (_) il ____/____/____
residente a _____ (_____) in Via _____ n. ____
C.F. _____ Tel. _____ Cell _____ Email _____

Chiede l’ammissione al servizio di Trasporto Sociale a favore di persone non autosufficienti in condizioni di disabilità grave e gravissima (L. 104/1992, art. 3, c. 3), residenti nei Comuni dell’Ambito Territoriale Sociale n. 1 di Cosenza (barrare la casella interessata):

☐ per sé stesso

☐ per il/la Sig.ra _____ nato/a a _____ il ____/____/____/____
residente in _____ alla Via _____ n. ____
recapiti telefonici _____ C.F. _____
grado di parentela (marito, moglie, fratello, nonno, cognato, tutore, etc.) specificare _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1. di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
2. di non usufruire di servizi di mobilità similari servizi forniti da altre realtà istituzionali pubbliche;
3. di essere residente in uno dei Comuni dell’ATS n. 1 di Cosenza;
4. di richiedere:

- il trasporto continuativo presso il *(specificare il Centro di cura e/o riabilitazione)*

nei seguenti 3 giorni settimanali (domenica esclusa) _____

(orario ingresso ____; orario uscita ____);

Andata in via _____;

Ritorno in via _____;

- il trasporto occasionale presso il (specificare il Centro di cura e/o riabilitazione)

Andata in via _____;

Ritorno in via _____;

5. di aver preso visione e di accettare tutto quanto previsto nell'Avviso pubblico;
6. di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere il/la sottoscritto/a sarà passibile di sanzioni penali;
7. di essere informato che i dati forniti dall'utente sono acquisiti ai soli fini del procedimento amministrativo relativo alla materia oggetto della domanda e che il trattamento dei dati personali avviene nel rispetto dei principi e nell'osservanza delle disposizioni recate dal Regolamento UE 2016/679;
8. di acconsentire al trattamento dei dati personali resi secondo le modalità e i limiti previsti dal Regolamento UE 2016/679 e dal D. Lgs. n. 196 del 2003;

DICHIARA INOLTRE

Barrare con una X i punti che interessano:

- ☐ che l'interessato è in possesso di verbale di accertamento dell'handicap ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/1992 in situazione di gravità per disabilità:

☐ fisica ☐ psichica ☐ sensoriale ☐ plurima;

☐ usa la carrozzina: ☐ no ☐ sì ☐ manuale ☐ elettrica

☐ usa altri ausili: ☐ stampelle ☐ altro (specificare) _____

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente eventuali assenze relativamente alla fruizione del servizio ai contatti indicati nell'Avviso pubblicato sull'Albo pretorio del Comune di Cosenza.

Allegare:

- Copia del Verbale di accertamento dell'handicap ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/1992 in corso di validità;
- Modello ISEE ordinario (2026) di tutto il nucleo familiare oppure Modello ISEE socio-sanitario o ristretto, in corso di validità;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'interessato.

Data ____/____/____

(Firma del richiedente)