Alla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
U.M.S.E. Disabilità
Via Gilli, 4 - 38121 TRENTO
umse.disabilita@pec.provincia.tn.it

DOMANDA DI ACCOMPAGNAMENTO SUPPLEMENTARE PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO E ACCOMPAGNAMENTO IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

"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'accompagnamento supplementare

❑ in qualità di persona con disabilità beneficiaria del servizio, titolare della tessera n. _____

oppure

se il richiedente non è la persona con disabilità beneficiaria 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 della persona con disabilità;
- ❑ tutore/curatore della persona con disabilità sotto riportata, se questa è interdetta/inabilitata, ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere.

per il/la Sig./ra _____, sesso _____
(cognome e nome della persona con disabilità; 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)

DICHIARA

che **l'accompagnamento supplementare** è necessario per effettuare gli spostamenti tra **uno o più edifici dove esistono barriere architettoniche** (in quanto privi di ascensore o di servoscala):

- ❒ edificio di partenza

  (Specificare indirizzo) _____

- ❒ edificio di arrivo

  (Specificare indirizzo) _____

- ❒ edifici di partenza e arrivo

  (Specificare indirizzo 1) _____

  (Specificare indirizzo 2) _____

❑ 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)

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.