

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](mailto:umse.disabili_integrasociosan@pec.provincia.tn.it)

**DOMANDA DI ULTERIORI BUONI DI SERVIZIO CHILOMETRICI  
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'assegnazione di ulteriori buoni di servizio chilometrici**

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: <input type="checkbox"/> ai sensi dell'art. 5 d.P.R. 445/2000, in qualità di: <input type="checkbox"/> genitore, persona esercente la potestà genitoriale o persona affidataria della persona con disabilità; <input type="checkbox"/> 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. _____



**Per i seguenti motivi:**

**Lavoro**

da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

*luogo di partenza*

*luogo 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 \_\_\_\_\_

*Specificare luogo di partenza e arrivo, anche indicativamente, in base ai propri spostamenti abituali*

**Studio**

da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

*luogo di partenza*

*luogo 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 \_\_\_\_\_

**Incarichi di Volontariato**

da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

*luogo di partenza*

*luogo di arrivo*

- con 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 presso Centri Diurni/Laboratori**

da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

*luogo di partenza*

*luogo di arrivo*

- tutti i giorni
- con frequenza \_\_\_\_\_

**Visite mediche e prestazioni sanitarie presso Presidio ospedaliero/Casa di Cura/Centro**

da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

*luogo di partenza*

*luogo di arrivo*

- per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- con frequenza \_\_\_\_\_

*(se gli appuntamenti non sono stati ancora concordati indicare una frequenza indicativa. Qualora le prestazioni si svolgano fuori provincia è necessario segnalarle preventivamente utilizzando l'apposito modulo)*

**Attività sportiva presso Società sportiva professionistica/dilettantistica**

da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

*luogo di partenza*

*luogo di arrivo*

- tutti i giorni
- con frequenza \_\_\_\_\_

**Altre necessità**

da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

*luogo di partenza*

*luogo di arrivo*

specificare motivazione e frequenza dei viaggi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(es: Visite a parenti e congiunti – 1 volta al mese / Spese e commissioni 1 volta a settimana)*

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
- copia della tessera associativa alla società sportiva (*per chi svolge attività sportiva*)



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 in 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.*