

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_  
AMBITO TERRITORIALE N. 1 DI COSENZA  
SETTORE 5 WELFARE  
PIAZZA CENISIO  
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 \_\_\_\_\_ 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 (2025) 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)**