COMUNE DI BIANCAVILLA

Città Metropolitana di Catania

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO NOTORIETA'

(ai sensi dell'art.47 del 28 dicembre 2000, n. 445)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il_____/_____/_____ residente a _____ in Via _____

n._____, C.F._____, tel._____

in qualità di_____ del soggetto con disabilità_____

nato a_____ il_____;

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di:

- di essere impossibilitato all'uso del trasporto pubblico;
- di non fruire a titolo gratuito del servizio di trasporto da parte del Centro Socio-Rieducativo o di Riabilitazione, di Enti organizzazioni ect, sia Pubblici che Privati;
- Di non aver presentato analoga richiesta o ricevuto alcun contributo allo stesso titolo da parte di Enti Pubblici o Privati per l'anno in cui si chiede il contributo.

FIRMA

_____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Si autorizza al trattamento dei dati personali nel rispetto della disciplina dettata dal D.lgs. n. 196/2003 e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio esclusivamente per le finalità di cui alla presente domanda.

Biancavilla, li _____

FIRMA

_____