

Oggetto: **RICHIESTA RINNOVO TESSERINO TRASPORTO AI LUOGHI DI CURA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A
NATO/A A IL C.F.
[][][][][][][][][][][][][][][][], RESIDENTE NEL COMUNE DI
AVIGLIANA IN VIA TEL.....,

CHIEDE

IL RINNOVO DEL TESSERINO PER IL TRASPORTO CONVENZIONATO AI LUOGHI DI CURA N. RILASCIATO IN DATA

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/2000 “T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa” e **consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la sua personale responsabilità,**

DICHIARA

di appartenere ad una delle sotto elencate categorie:

- Invalidi totali, regolarmente riconosciuti;
- Persone impossibilitate gravemente alla deambulazione, attestata da certificato medico;
- Portatori di handicap (compresi emiplegici, pazienti affetti da sclerosi multipla, audiolesi) regolarmente riconosciuti;
- Pazienti che si sottopongono a cicli di chemioterapia, radioterapia o fisioterapia;
- Genitore di minore appartenente ad una delle sopra specificate categorie.

AUTORIZZA

il trattamento dei dati contenuti nella dichiarazione allegata alla presente, limitatamente a quanto connesso con l'erogazione del servizio, ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 30/06/03 n. 196.

ALLEGA

- Copia del verbale di riconoscimento dell'invalidità rilasciato dall'A.S.L. competente;
- Certificato medico attestante l'handicap;
- Certificato medico attestante l'impossibilità a deambulare;
- Attestazione ISEE.

Avigliana, li

FIRMA

