

**AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'OTTENIMENTO  
DI UN BUONO VIAGGIO PER RESIDENTI IN PARTICOLARI CONDIZIONI DA UTILIZZARSI PER  
SPOSTAMENTI EFFETTUATI A MEZZO DI SERVIZIO DI TAXI O DI NOLEGGIO CON CONDUCENTE**

**Dichiarazione rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000**

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) .....

Nato/a il ...../...../..... a .....(.....) C.F.....

Residente in .....CAP.....

Sestiere/Via.....n. ....

o per chi esercita la potestà genitoriale o tutela/curatela, come disposto dalla normativa vigente a seguito di specifica nomina legale

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) .....

Nato/a il ...../...../..... a .....(.....) C.F.....

Residente in .....CAP.....

Sestiere/Via.....n. ....

**comunica** il presente indirizzo **e-mail** presso il quale desidera ricevere tutte le necessarie comunicazioni .....

**DICHIARA**

**sotto la propria responsabilità** per la formazione di una graduatoria per l'assegnazione di un buono viaggio da utilizzare per spostamenti effettuati a mezzo di servizio taxi o di noleggio con conducente con autovettura:

- di essere titolare di "tagliando blu" per disabili n. ...., ai sensi del DPR n. 151 del 30 luglio 2012;
- di essere possessore di certificazione di disabilità accertata ai sensi della normativa di riferimento (L. 104/92);
- di essere genitore di un minorenne con disabilità (anche autistica) in età scolare certificata da struttura pubblica;
- di essere medico/infermiere/operatore socio-sanitario operante in strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate site sul territorio del comune e di utilizzare il buono per il tragitto casa/lavoro e/o viceversa;
- di essere donna e di utilizzare il tagliando per spostamenti compresi tra le 21:00 e le 6:00 del mattino;
- di essere in stato di gravidanza;
- di aver compiuto 65 anni ed essere in stato di bisogno o che devono sottoporsi alla vaccinazione anti COVID 19;
- di aver compiuto 70 anni;
  
- i titolari di disabilità accertata, anche accompagnati, compresi quelli in presidi socio sanitari di età superiore a due anni che presentano un impedimento motorio anche parziale e temporaneo alla salita e discesa dai mezzi pubblici;
  
- i titolari di disabilità accertata, anche accompagnati, compresi quelli in presidi socio sanitari di età superiore a due anni che sono ciechi assoluti.

- segue -

- segue -

Allega la carta d'identità per la sottoscrizione della presente dichiarazione in assenza di Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID), Carta Identità Elettronica (CIE) o Carta Nazionale dei Servizi (CNS) e la nomina legale per chi esercita la tutela/curatela, come disposto dalla normativa vigente.

Dichiara che quanto sopra riportato corrisponde a verità e di essere consapevole delle sanzioni penali a cui può andare incontro in caso di falsità e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 e successive modificazioni; dichiara inoltre di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere decadrà dai benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati sulla base della dichiarazione non veritiera, come previsto dall'art. 75 del decreto sopra riportato.

Dichiara infine di essere a conoscenza che le dichiarazioni effettuate con la presente domanda possono essere soggette ai controlli previsti dalla legge sulla loro veridicità e di accettare quanto espresso nell'informativa sul trattamento dei dati allegata alla presente dichiarazione.

---

*(Luogo e data)*

---

*(firma del dichiarante)  
(per esteso e leggibile)*