AUTOCERTIFICAZIONE
ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____/_____/_____, a _____, Provincia o stato estero _____, residente in _____ ed abitante in _____, n. _____, CAP _____, telefono _____, fax _____ cellulare _____, Codice Fiscale: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (articoli 483, 489, 495, 496 del Codice Penale), sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

☐ di essere in possesso dei seguenti requisiti per l'accesso al servizio (barrare la voce che interessa);

☐ che, _____, nato/a il _____/_____/_____, a _____, Provincia o stato estero _____, residente in _____ ed abitante in _____, n. _____, CAP _____, telefono _____, fax _____, cellulare _____, Codice Fiscale: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| in nome del/della quale agisce in qualità di (**barrare la voce che interessa**): ☐ **Esercente la potestà genitoriale,** ☐ **Tutore,** ☐ **Curatore,** ☐ **Amministratore di Sostegno,** possiede i seguenti requisiti per l'accesso al servizio (BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA);

☐ **Persona con disabilità valutata, ai sensi della legge 104/92 come "Situazione di gravità";**
☐ **Invalido/a Civile ai sensi della Legge 118/71 con invalidità uguale o superiore al 74%;**
☐ **Anziano/a ultra 65enne non autosufficiente e altri con limitazioni psico-fisiche accertate in carico ai servizi sociali, comunali o servizi ASL;**
☐ **Di non essere beneficiario di agevolazioni tariffarie regionali sui trasporti pubblici locali (non aver acquistato titoli di viaggio beneficiando delle agevolazioni tariffarie per invalidi)**

Sassari _____/_____/_____ Firma del Dichiarante_____

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/00, il presente modello di autocertificazione debitamente firmato ove richiesto, deve essere corredato della fotocopia di un documento di identità del dichiarante e, nei casi di esercizio della potestà genitoriale, esercizio delle funzioni di Tutore, esercizio delle funzioni di Curatore ed esercizio delle funzioni di Amministratore di Sostegno, della fotocopia del documento di identità della persona per la quale si effettua la dichiarazione: il modello dovrà essere consegnato al personale di bordo in busta chiusa.

Liberatoria e assunzione di rischio

Sono a conoscenza del fatto che durante il percorso precedente e successivo alla salita e discesa dal mezzo di trasporto pubblico possono sorgere rischi e pericoli quali incidenti, amnesie, smarrimenti od altro.
In considerazione del diritto di usufruire del servizio, mi assumo tutti i rischi sopra elencati e sollevo da ogni responsabilità la Coop. Sociale CTR Onlus (affidataria del servizio di assistenza a bordo) e l'Azienda Trasporti Pubblici di Sassari, erogataria del servizio Amico Bus.

Sassari _____/_____/_____ Firma del Dichiarante_____

Informativa sulla riservatezza dei dati (Decreto Legislativo 196 del 30/06/03)

Ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di tutela dei dati personali, la informiamo che i Suoi dati sono custoditi presso il Servizio Mobilità dell' Assessorato Regionale dei Trasporti della Regione Autonoma della Sardegna, raccolti dalla Coop. Soc. CTR Onlus (affidataria del servizio di assistenza a bordo), e trattati con mezzi informatici e/o manuali al solo scopo di concedere il servizio richiesto. Il conferimento dei dati di cui alla presente informativa è obbligatorio ai fini della concessione del servizio. Titolare del trattamento dei suoi dati personali è il Servizio Mobilità dell'Assessorato dei Trasporti della Regione Autonoma della Sardegna, responsabile delle attività di controllo a campione sugli stessi.
Preso atto di quanto sopra, il dichiarante acconsente, ai sensi degli articoli 7, 8, 13, 23 e 25 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003, al trattamento ed alla consegna dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa, nei limiti di cui alla stessa e, in specifico, a quelli relativi ai dati sensibili, di cui all'art. 4, 1° comma, lett. d).

Sassari _____/_____/_____ Firma del Dichiarante_____