

SERVIZIO DI TRASPORTO SPERIMENTALE A CHIAMATA "AMICOBUS"

AUTOCERTIFICAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a			nato/a	
In data		residente a		
In via/piazza			n. 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

nome e cognome			nato/a	
In data		residente a		
In via/piazza			n. cellulare	
codice fiscale				

in nome del/della quale agisce in qualità di ☐ **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

Qualora il servizio sia realizzabile sotto il profilo della transitabilità stradale e della sicurezza dei passeggeri, assumo 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 ad usufruire del servizio, mi assumo tutti i rischi sopra elencati e sollevo da ogni responsabilità l'Azienda Trasporti Pubblici di Sassari S.p.A., erogataria del servizio Amico Bus.

Sassari ____/____/____

Firma del Dichiarante _____

Trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679

L'informativa completa ad uso degli utenti è consultabile presso il sito istituzionale di ATP Sassari - S.p.A. al link: <https://atpsassari.it/azienda/privacy.html>

I dati comunicati verranno trattati esclusivamente per le finalità richieste dal perfezionamento dell'accesso al servizio AmicoBus e alla sua successiva esecuzione. Il conferimento dei dati è condizione indispensabile per l'ottenimento del servizio. Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è: ATP - Azienda Trasporti Pubblici di Sassari S.p.A. I dati oggi conferiti potranno essere trasmessi - per finalità strettamente connesse al contratto di trasporto - alla RAS - Regione Autonoma della Sardegna e ad enti/autorità aventi titolo ai fini della gestione amministrativa, della rendicontazione e/o per la verifica delle autocertificazioni rilasciate. Il consenso oggi prestato potrà essere revocato ai sensi dell'art. 7 del GDPR 2016/679, fermo restando che in tal caso non si potrà più dare luogo all'esecuzione del servizio.

Sassari ____/____/____

Firma del Dichiarante _____