

ALLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
Assessorato Turismo, Sport, Commercio e Trasporti
Dipartimento trasporti
Ufficio trasporto disabili
Loc. Autoporto, n. 32
11020 POLLEIN AO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**
(art. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e articoli 30 e 31 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

In qualità di¹ _____
del minore utente del Servizio trasporto disabili:

nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____

PREMESSO CHE il Regolamento di fruizione approvato con DGR n. 666 del 29 maggio 2017 consente all'utente minore orfano di uno o entrambi i genitori alla data fissata per i rinnovi (30 novembre di ogni anno) di versare rispettivamente i due terzi o un terzo della quota prevista

DICHIARA A TAL FINE

consapevole delle sanzioni penali e amministrative, e della decadenza dai benefici, previsti dalle disposizioni in vigore in caso di dichiarazioni false, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità alla P.A. (artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e art. 39 della L.R. 19/2007)

- che il minore è orfano di un genitore;
- che il minore è orfano di entrambi i genitori;

Data

Firma²

¹ Ad es. titolare della responsabilità genitoriale/tutore/curatore/amministratore di sostegno/rappresentante legale.

² se la sottoscrizione non viene apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere l'istanza, allegare copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore.