



MODULO B

**MUNICIPIO ROMA XIII - AURELIO
CONSULTA MUNICIPALE DI
RICHIESTA DI ISCRIZIONE DEI SINGOLI CITTADINI ALL'ASSEMBLEA**

Il/La sottoscritto/a _____
(NOME E COGNOME)

al fine di poter accedere all'Assemblea della Consulta Municipale Permanente per i diritti delle persone con
disabilità (Consulta Municipale DI)

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALL'ASSEMBLEA

a tal fine, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali
previste dall'articolo 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA**DICHIARAZIONE DEI DATI IDENTIFICATIVI**

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. (____) Co-
dice Fiscale _____ n°
telefono _____ pec/mail _____

DICHIARAZIONE DEI REQUISITI PERSONALI

■ di essere (*barrare la condizione che ricorre*):

- persona con disabilità residente o domiciliato/a nel territorio municipale in Via/Piazza
_____ n° Civ: _____ CAP. _____
- Rappresentante familiare di persona con disabilità nella qualità di:
- coniuge;
 - figlio legittimo o legittimato o naturale o adottivo oppure discendente prossimo, anche naturale;
 - genitore ovvero ascendente prossimo, anche naturale, oppure adottante;
 - genero o nuora;
 - suocero o suocera;
 - fratello o sorella germano o unilaterale;
- Rappresentante legale di persona con disabilità (amministratore di sostegno, tutore,
curatore);

DICHIARAZIONE DEI REQUISITI D'ISCRIZIONE

di possedere i requisiti richiesti dal Regolamento approvato con deliberazione n. 17 del 20/05/2022 ed in
particolare:

- di non essere titolare di cariche politiche/sindacali;
- di non aver riportato condanne per reati contro la Pubblica Amministrazione oppure condanne anche non definitive che abbiano comportato una pena detentiva superiore a due anni;

DICHIARAZIONE DEI DATI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ RAPPRESENTATA
--

SEZIONE DA COMPILARE SOLO IN CASO ISTANZA PRESENTATA DA RAPPRESENTANTE FAMILIARE O LEGALE

- che la persona con disabilità rappresentata è residente o domiciliato/a nel territorio municipale e che i suoi dati personali sono i seguenti:

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. (____) Co-

dice Fiscale _____ residente/domiciliato/a in _____

Prov. (____) Via/Piazza _____ n° Civ: _____ CAP. _____ Mu-

nicipio _____ n° telefono _____ pec/mail _____

DICHIARAZIONI FINALI

che alla data della domanda di iscrizione (*barrare la condizione che ricorre*):

_____ il sottoscritto - persona con disabilità - è iscritto/cancellato ad/da associazione rappresentativa delle persone con disabilità operanti sul territorio municipale dal _____;

_____ il sottoscritto e la persona con disabilità rappresentata o altro soggetto del gruppo familiare è iscritto/cancellato ad/da associazione rappresentativa delle persone con disabilità operanti sul territorio municipale dal _____;

- non ha in corso rapporti economici con la con la Pubblica Amministrazione (ammissione a contributi, sovvenzioni o altre forme di finanziamento, affidamento o gestione di servizi, forniture di beni o servizi, ecc.);
- ha in corso i seguenti rapporti economici con la con la Pubblica Amministrazione (indicare tipologia ed elementi necessari all'identificazione del rapporto: ammissione a contributi, sovvenzioni o altre forme di finanziamento, affidamento o gestione di servizi, forniture di beni o servizi, ecc.)::

- di allegare alla presente istanza:
 - copia del documento d'identità in corso di validità del dichiarante;
 - copia del documento d'identità in corso di validità della persona con disabilità rappresentata (ove necessario);
 - consenso al trattamento dei dati personali del dichiarante;
 - consenso al trattamento dei dati personali della persona con disabilità rappresentata (ove necessario);
 - decreto del tribunale in caso di rappresentante legale (ove necessario);

 Luogo e data

 Firma (per esteso e leggibile)