

Documentazione da inviare successivamente all'approvazione della graduatoria definitiva da parte di Roma Capitale

## DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DEL CENTRO DI TERAPIA

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

### DATI SOCIETARI

IN QUALITÀ DI RESPONSABILE DELLA STRUTTURA:

RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

PARTITA IVA \_\_\_\_\_

SEDE IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ SCALA \_\_\_\_\_ PIANO \_\_\_\_\_ INT \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX/CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ PEC\* \_\_\_\_\_

### DICHIARA CHE

IL SIG. \_\_\_\_\_ SEGUE UN PIANO TERAPEUTICO PRESSO LA SUINDICATA

STRUTTURA CON DURATA FINO ALLA DATA DEL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

PRESSO LA SEDE UBICATA AL SEGUENTE INDIRIZZO: \_\_\_\_\_,

E OSSERVA I SEGUENTI ORARI

- |                                    |                        |
|------------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> lunedì    | dalle _____ alle _____ |
| <input type="checkbox"/> martedì   | dalle _____ alle _____ |
| <input type="checkbox"/> mercoledì | dalle _____ alle _____ |
| <input type="checkbox"/> giovedì   | dalle _____ alle _____ |
| <input type="checkbox"/> venerdì   | dalle _____ alle _____ |
| <input type="checkbox"/> sabato    | dalle _____ alle _____ |
| <input type="checkbox"/> domenica  | dalle _____ alle _____ |

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, conferma che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.

Il/La sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare immediatamente a Roma servizi per la mobilità S.r.l. ogni variazione del contenuto di quanto dichiarato.

Roma, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, avendo letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA UNICA RELATIVA AL "REGOLAMENTO DEI SERVIZI, MISURE ED INTERVENTI PER LA MOBILITA' INDIVIDUALE DELLE PERSONE CON DISABILITA'", dichiara espressamente di prestare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le specifiche finalità ivi indicate.

Roma, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_