



COMUNE DI PETACCIATO

AUTODICHIARAZIONE PER LA PRENOTAZIONE DI UNA POSTAZIONE PRESSO LA “SPIAGGIA ABILE”

Periodo del servizio: 15 luglio 2026 - 30 settembre 2026 | n. 16 postazioni disponibili

Prot. n. _____ Data ____/____/2026

A Spiaggia Abile - Baja Levante

Telefono: 393 4569758

E-mail: cristian.berchicci@libero.it

Instagram: instagram.com/baja_levante

e, per conoscenza, comunedipetacciato@pec.it

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità previste in caso di dichiarazioni non veritiere, rende la presente autodichiarazione ai fini esclusivi della prenotazione del servizio comunale “Spiaggia Abile”, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per i fatti e le circostanze direttamente conosciuti.

1. DATI DEL DICHIARANTE

Cognome e nome: _____ Codice fiscale: _____
Nato/a a: _____ Provincia e data di nascita: _____
Residente in: _____ Via/Piazza e numero civico: _____
Telefono: _____ E-mail/PEC: _____

Il dichiarante presenta la domanda: ☐ per sé stesso/a ☐ per il beneficiario indicato nella sezione seguente

2. DATI DEL BENEFICIARIO (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DICHIARANTE)

Cognome e nome: _____ Codice fiscale: _____
Nato/a a: _____ Provincia e data di nascita: _____
Residente in: _____ Via/Piazza e numero civico: _____
Rapporto con il dichiarante: _____ Titolo di rappresentanza/delega: _____

3. RICHIESTA DI PRENOTAZIONE

Data richiesta: _____ Eventuale periodo: dal / al: _____
Orario previsto di arrivo: _____ Numero accompagnatori: 0 / 1: _____
Recapito per conferma o variazioni: _____ Eventuali esigenze organizzative: _____

4. CONDIZIONE CHE CONSENTE L'ACCESSO AL SERVIZIO

Barrare la condizione pertinente:

- ☐ Legge 104/1992, art. 3, comma 3 (situazione di gravità)
☐ Legge 104/1992, art. 3, comma 1
☐ Invalidità civile riconosciuta - percentuale: _____ %
☐ dal 67% al 99% ☐ 100%
☐ Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento

Tipologia funzionale (senza indicare diagnosi):

- ☐ motoria ☐ sensoriale ☐ cognitiva

Altre condizioni di accesso:

- ☐ Mobilità ridotta o inabilità temporanea attestata dal medico curante o specialista
☐ Persona anziana o fragile che necessita di accesso agevolato o ausili
☐ Donna in gravidanza che necessita di accesso facilitato

Nota: non indicare diagnosi o informazioni sanitarie non necessarie.

ATTENZIONE: la presente autodichiarazione non sostituisce certificati medici, sanitari o la documentazione attestante il requisito di accesso. Tale documentazione deve essere allegata o esibita in fase di prenotazione secondo le indicazioni del servizio, senza riportare nel modulo diagnosi o informazioni sanitarie non necessarie.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che, qualora dai controlli emerga la non veridicità di quanto dichiarato, si applicano la decadenza dagli eventuali benefici e le conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Luogo e data

Firma leggibile del dichiarante

5. DICHIARAZIONI E IMPEGNI DEL RICHIEDENTE

- ☐ che i dati indicati nel modulo corrispondono al vero e sono riferiti al beneficiario per il quale viene richiesta la prenotazione;
- ☐ di aver presentato o di impegnarsi a presentare la documentazione attestante la condizione di accesso selezionata;
- ☐ di essere consapevole che le prenotazioni sono registrate in ordine cronologico di arrivo e che le persone con disabilità motorie hanno priorità assoluta;
- ☐ di presentarsi presso la postazione della Spiaggia Abile all'orario stabilito nella conferma di prenotazione;
- ☐ di essere consapevole che un ritardo superiore a 30 minuti, senza preventiva comunicazione, può comportare l'annullamento della prenotazione e la riassegnazione della postazione alla lista d'attesa;
- ☐ di comunicare con il massimo anticipo possibile eventuali rinunce, disdette o variazioni;
- ☐ che, in caso di beneficiario non autosufficiente, sarà garantita per tutta la permanenza la presenza continua di un accompagnatore maggiorenne;
- ☐ che sarà presente al massimo n. 1 accompagnatore per ciascun beneficiario;
- ☐ che le attrezzature speciali, comprese le sedie JOB per l'ingresso in acqua, saranno utilizzate esclusivamente con il supporto dell'accompagnatore e nel rispetto delle indicazioni di sicurezza;
- ☐ di essere consapevole che eventuali postazioni non utilizzate entro le ore 11:00 possono essere assegnate temporaneamente ad altri utenti, salvo revoca in caso di sopravvenuta richiesta dell'avente diritto;
- ☐ di impegnarsi a esibire all'ingresso della Spiaggia Abile il documento di identità in corso di validità del beneficiario e la conferma di prenotazione, cartacea o digitale.

6. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA O ESIBITA IN FASE DI PRENOTAZIONE

- ☐ copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante (necessaria se il modulo non è firmato davanti all'operatore o è trasmesso da remoto);
- ☐ documentazione attestante il requisito di accesso: verbale ai sensi della Legge 104/1992 o certificazione di invalidità, ove pertinente;
- ☐ certificato del medico curante per la mobilità ridotta temporanea, ove pertinente;
- ☐ certificato o attestazione medica relativa allo stato di gravidanza, ove pertinente;
- ☐ delega, provvedimento di tutela, amministrazione di sostegno o altra documentazione di rappresentanza, se il dichiarante agisce per il beneficiario;
- ☐ altro: _____.

I documenti contenenti informazioni relative alla salute devono essere acquisiti e custoditi con particolare riservatezza e utilizzati esclusivamente per verificare il requisito di accesso al servizio. Non devono essere pubblicati né diffusi.

7. SOTTOSCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che, qualora dai controlli emerga la non veridicità di quanto dichiarato, si applicano la decadenza dagli eventuali benefici e le conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Luogo e data

Firma leggibile del dichiarante

INFORMATIVA SINTETICA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Comune di Petacciato tratta i dati personali, compresi quelli relativi alla condizione di accesso, esclusivamente per gestire la prenotazione, verificare i requisiti e organizzare il servizio, nell'esecuzione di un compito di interesse pubblico. I dati sono accessibili soltanto al personale autorizzato e conservati secondo le regole dell'Ente. I documenti sanitari non devono essere diffusi e devono essere trattati con particolare riservatezza.

- ☐ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali.

RISERVATO ALL'UFFICIO / AL PERSONALE INCARICATO

Data e ora di ricezione: _____	Numero progressivo prenotazione: _____
Esito: ☐ accolta ☐ lista d'attesa ☐ non accolta: _____	Postazione assegnata / note: _____
Data e orario confermati: _____	Comunicazione inviata tramite: _____
Operatore incaricato: _____	Firma / sigla: _____