

AL SINDACO DEL COMUNE DI

OGGETTO: Agevolazioni di viaggio sui mezzi di trasporto pubblico locale.
L.R. 30 luglio 1996, n. 19.

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____

via _____ n. civ. _____

tel. _____ codice fiscale _____

in qualità di _____
(indicare se invalido, pensionato o esercente la responsabilità genitoriale del minore)

Minore: _____

nato/a a _____ il _____

indicare se necessita di accompagnatore: SI NO

CHIEDE

Il rilascio della tessera ai fini del riconoscimento delle agevolazioni di viaggio in oggetto precisate ai sensi del comma dell'art. 1, della L.R. 30.07.1996, n. 19.

SI IMPEGNA

A segnalare tempestivamente a codesta Amministrazione qualsiasi variazione dei requisiti soggettivi che possa comportare la revoca delle agevolazioni concesse.

Firma

Data _____

Allegati:

- 2 foto recenti formato tessera;
- fotocopia della carta d'identità in corso di validità;
- fotocopia del certificato d'invalidità rilasciato da Commissione Medica prevista dalla legislazione vigente;
- certificazione del trattamento d'invalidità percepito, nei modi previsti dal DPR 445/2000.

AUTOCERTIFICAZIONE
ai sensi e per gli effetti dell'Art. 46 del DPR 445/2000 e s.m.i.

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

in qualità di:

- Invalido Civile con grado di Invalidità non inferiore al 67%**
- Sordo**
- Cieco con residuo visivo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi**
- Invalido del lavoro (INAIL con grado di invalidità dal 67% al 79%)**

DICHIARA

che nell'anno 2020 il trattamento di invalidità riconosciuto, esclusa l'eventuale indennità di accompagnamento, non è stato superiore a tre volte l'ammontare del trattamento minimo del Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti - € **20.107,62**;

che il grado di invalidità del riconosciutomi dalla Commissione Medica, nella seduta del e indicato nel certificato di invalidità presentato al fine di ottenere la tessera è invariato.

Di comunicare all'Ufficio Servizi Sociali del Comune qualsiasi variazione rispetto alla situazione iniziale che si dovesse verificare dopo la data di codesta dichiarazione.

Firma

_____ li _____

AUTOCERTIFICAZIONE

ai sensi e per gli effetti dell'Art. 46 del DPR 445/2000 e s.m.i.

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

in qualità di: **PENSIONATO NON CONIUGATO**
(in questa casistica rientrano i divorziati e i separati in possesso di idonea documentazione, e i vedovi)

DICHIARA

di essere di stato civile (se vedovo/a dal).

di essere titolare di pensione Categoria N. Ente eroganteimporto mensile € **515,58**

che nell'anno 2020 ho goduto di un trattamento economico non superiore al minimo INPS - € **6.702,54** - esclusi il reddito della casa di abitazione e gli importi integrativi di cui agli articoli 1, 2 e 6 della Legge n. 544 del 29.12.1988 e sono stato privo di redditi propri.

Di comunicare all'Ufficio Servizi Sociali del Comune qualsiasi variazione rispetto alla situazione iniziale che si dovesse verificare dopo la data di codesta dichiarazione.

Firma

_____ li _____

AUTOCERTIFICAZIONE
ai sensi e per gli effetti dell'Art. 46 del DPR 445/2000 e s.m.i.

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

in qualità di: **PENSIONATO CONIUGATO**

DICHIARA

di essere coniugato/a con.....

nato/a a il

(oppure vedovo/a dal.....)

di essere titolare di pensione Categoria N.Ente erogante Importo mensile
€ **515,58**

che nell'anno 2020 ho goduto di un trattamento economico non superiore al minimo INPS -
€ **6.702,54** – esclusi il reddito della casa di abitazione e gli importi integrativi di cui agli
articoli 1, 2 e 6 della Legge n. 544 del 29.12.1988 e sono stato privo di redditi propri.

che il cumulo dei redditi imponibili di qualsiasi natura percepiti da noi coniugi, al netto
dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, non è stato superiore a due volte il trattamento
minimo del Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti € **13.405,08** esclusi i citati importi integrativi.

Di comunicare all'Ufficio Servizi Sociali del Comune qualsiasi variazione rispetto alla situazione
iniziale che si dovesse verificare dopo la data di codesta dichiarazione.

Firma

_____ li _____
