

Al Comune di

(da inoltrare successivamente al
Servizio Trasporto Pubblico della
PROVINCIA DI ROVIGO)

Oggetto: Agevolazioni di viaggio sui mezzi di trasporto pubblico locale.
Legge Regionale Veneto 30 luglio 1996, n. 19 e s.m.i..

Il/La sottoscritto/a _____ cod. fisc. _____
nato a _____ il _____
residente a _____
Via _____ n. civ. _____ telef. _____
in qualità di _____ (invalido o pensionato)

CHIEDE

il **rilascio** della tessera decennale ai fini del riconoscimento delle agevolazioni di viaggio in oggetto precisate.

SI IMPEGNA

a segnalare tempestivamente a codesta Amministrazione e alla Provincia di Rovigo qualsiasi variazione dei requisiti soggettivi che possa comportare la revoca delle agevolazioni concesse.

A TAL FINE DICHIARA

di appartenere alla categoria sottosegnata (***spuntare la casistica interessata***):

- PENSIONATI NON CONIUGATI DI ETA' SUPERIORE AI 60 ANNI (celibe, nubile, vedovo/a, divorziato/a con sentenza passata in giudicato – indicare la categoria di appartenenza (*segue/barrare dichiarazione A*)
- PENSIONATI CONIUGATI DI ETA' SUPERIORE AI 60 ANNI (*segue/barrare dichiarazione B*)
- INVALIDI CIVILI E PORTATORI DI HANDICAP – grado di invalidità riconosciuto _____ (non inferiore al 67%) (*segue/barrare dichiarazione C*)
- INVALIDI DEL LAVORO – grado di invalidità riconosciuto _____ (non inferiore al 67%) (*segue/barrare dichiarazione C solo se inferiore all'80%*)
- MUTILATI E INVALIDI DI GUERRA – categoria _____ (dalla 1a alla 8a)
- INVALIDI PER SERVIZIO – categoria _____ (dalla 1a alla 8a)
- CIECHI CIVILI cecità assoluta e residuo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi (*segue/barrare dichiarazione C solo per i ciechi parziali*)
- SORDI (*segue/barrare dichiarazione C*)

Di essere in possesso della seguente posizione reddituale:

- A* di percepire un trattamento economico da pensione non superiore al minimo INPS (**anno 2020 = € 515,07**), esclusi gli importi integrativi di cui agli artt. 1, 2 e 6 della Legge 544/1988 e di essere privo di altri redditi propri con esclusione del reddito relativo alla casa di abitazione.
- B* di percepire un trattamento economico da pensione non superiore al minimo INPS (**anno 2020 = € 515,07**) e che il cumulo dei redditi imponibili di qualsiasi natura percepiti dal sottoscritto e dal coniuge, al netto dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, non risulta superiore a due volte l'ammontare del trattamento minimo del Fondo pensioni lavoratori dipendenti calcolato in misura pari a 13 volte l'importo mensile in vigore al 1 gennaio di ciascun anno (**anno 2020= € 13.391,82**), esclusi gli importi integrativi di cui agli artt. 1, 2 e 6 della Legge 544/1988 ed il reddito relativo alla casa di abitazione.
- C* di percepire un trattamento economico riconosciuto per l'invalidità (esclusa l'eventuale indennità di accompagnamento) non superiore a tre volte l'ammontare del trattamento minimo del Fondo pensioni lavoratori dipendenti calcolato in misura pari a 13 volte l'importo mensile in vigore al 1 gennaio di ciascun anno (**anno 2020 = € 20.087,73**).

*(*barrare la lettera interessata*).

Quanto sopra dichiarato viene sottoscritto, ai sensi e per gli effetti del DPR del 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni in caso di mendace dichiarazione e della decadenza dei benefici conseguiti.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere consapevole che gli Uffici tratteranno i “*dati personali*” contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente per finalità attinenti le funzioni istituzionali, osservando i presupposti e i limiti anche di durata conformi al Regolamento UE 2016/679.

IL DICHIARANTE
(*o chi per esso*)

....., lì

Allegati:

- Due fotografie recenti formato tessera riportante il nome dell'interessato sul retro;
- Documentazione aggiornata attestante il possesso dei requisiti di cui alla legge regionale in oggetto (fotocopia del certificato di invalidità rilasciato dalla Commissione Medica e, per la categoria degli invalidi civili, anche del verbale di accertamento dell'handicap L. 104/1992);
- Fotocopia di un valido documento d'identità del sottoscrittore.

Accertata l'identità del dichiarante mediante.....

IL FUNZIONARIO INCARICATO

....., lì