

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 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.

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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_