

**Modello di istanza**

**ALL'UFFICIO DI PIANO  
DEI COMUNI AMBITO N13**  
per il tramite dell'Ufficio Antenna Sociale  
**COMUNE DI \_\_\_\_\_**

Oggetto: **Disciplina di applicazione delle agevolazioni tariffarie al trasporto pubblico  
AUTOLINEE EAV BACINO ISCHIA PROCIDA. ANNO 2019. ISTANZA.**

Io sottoscritt \_\_\_\_\_

Quadro A

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale

\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

di essere ammesso a beneficiare dell'agevolazione tariffaria per il trasporto pubblico **AUTOLINEE  
EAV BACINO ISCHIA-PROCIDA – ANNO 2021**

**DICHIARO**

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445,  
recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione  
amministrativa, quanto segue:

Quadro B

Di appartenere ad una delle seguenti categorie, titolate a partecipare al bando:

- soggetti residenti in uno dei Comuni dell'Ambito di età superiore a 18 anni con reddito ISEE non superiore a euro 12.500,00 portatori di disabilità in possesso di una delle condizioni come di seguito:**
  - ✓ attestazione ai sensi della L. 104/92 art. 3 commi 1-3,
  - ✓ invalidità civile >74%,
  - ✓ soggetti privi della vista e sordomuti di cui agli articoli 6 e 7 della Legge 2 aprile 1968, n.482);
- soggetti residenti in uno dei Comuni dell'Ambito di età superiore ai 65 anni con reddito ISEE non superiore a euro 10.000,00.**

*(Allegare fotocopia certificazione attestante la condizione dichiarata)*

*(Allegare ISEE valido)*

*(Allegare la ricevuta di pagamento intestata alla Tesoreria del Comune di Ischia - Banca Monte MONTE DEI PASCHI DI SIENA - FILIALE 9228 - 40, Via Delle Terme - 80077 Ischia Porto: IBAN IT22H0103039931000063120618.*

*Nella causale occorre indicare: AGEVOLAZIONI TARIFFARIE PER TRASPORTI PUBBLICI - PRIMA ISTANZA o RINNOVO).*

*(Allegare MODELLO istanza UNICAMPANIA compilato e sottoscritto).*

Quadro C

- Di dare mandato all'Ufficio di Piano dell'Ambito N13 di presentare e consegnare ad EAV la relativa istanza UNICAMPANIA e tutta la documentazione necessaria per l'emissione di detti titoli di viaggio e richiedere per conto dello scrivente la relativa agevolazione come individuata dalla Regione Campania;
- Di individuare la quota minima a proprio carico (soggetto in possesso di certificazione L. 104/92 art 3 comma 1-3, invalidità civile >74%, soggetti privi della vista e sordomuti di cui agli articoli 6 e 7 della Legge 2 aprile 1968, n.482) pari a €. 100,00 + €. 5,00/€. 2,00 (costo annuale abbonamento €. 211,70 + €. 5,00 tessera/€. 2,00 tessera rinnovo)
- Di individuare la quota minima a proprio carico (anziano >65 anni) pari a €. 85,00 + €. 5,00/€. 2,00 (€. 176,40 + €. 5,00 tessera/€. 2,00 tessera rinnovo)

**DICHIARO**

di essere consapevole che il venire meno del requisito dichiarato al Quadro B, determinando la decadenza dell'agevolazione, dovrà essere tempestivamente comunicato all'Ufficio di Piano, a mezzo comunicazione allo stesso indirizzo a cui viene presentata codesta istanza.

**SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE**

Io sottoscritt \_\_\_ consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro di aver compilato i quadri A , B , C  del presente modello composto di pagine tre, e che quanto in essi espresso è vero ed accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti.

In esecuzione degli artt.10 e 11 della Legge 675/96, recante disposizioni a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, io sottoscritt \_\_\_ fornisco il consenso al trattamento dei miei dati personali, oltre che per ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, anche per dare integrale esecuzione a tutti gli obblighi dell'agevolazione e sue eventuali integrazioni/evoluzioni.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità dei dati reddituali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle finanze.

Luogo/data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso).

La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso).

**INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Comune o Stato estero di nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Indirizzo e numero civico \_\_\_\_\_

Numero telefonico ( facoltativo ) \_\_\_\_\_

*(Allegare fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore della presente dichiarazione)*