



Amministrazione destinataria

Comune di Sossano

Ufficio destinatario

Ufficio protocollo

Dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'Atto di notorietà

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 . 446

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune								
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

il rilascio/rinnovo/duplicato della tessera decennale ai fini del riconoscimento delle agevolazioni di viaggio in oggetto. A tal fine, consapevole che le Pubbliche Amministrazioni possono effettuare i controlli previsti dalla legge e che in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità, sarà punito/a ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria personale responsabilità ai sensi e per gli effetti degli artt. 46,47 e 75 del citato D.P.R. n. 445/2000

- rilascio
 rinnovo
 duplicato

di essere nato/a:

Inserire il luogo di nascita

Il

di avere la cittadinanza

- italiana/comunità europea
- straniera (in questo caso la tessera viene rilasciata per il periodo di un anno, ovvero fino alla scadenza del permesso di soggiorno)

di appartenere alla categoria sotto contrassegnata

- pensionato NON coniugato di età superiore ai 60 anni (comma 3) - segue dichiarazione A -
- pensionato coniugato di età superiore ai 60 anni (comma 4) - segue dichiarazione C -
- invalido civile, formalmente riconosciuto dalle commissioni mediche previste dalla legislazione vigente, con grado di invalidità (non inferiore al 67%) (comma 3 e 6) - segue dichiarazione C -

Inserire il grado di invalidità in percentuale

- formalmente riconosciuto dalle commissioni mediche previste dalla legislazione vigente, con grado di invalidità (non inferiore al 67%) (commi 3,6 e 9) - segue dichiarazione C solo se inferiore a 80% e dichiarazione D -

Inserire il grado di invalidità in percentuale

- mutilato o invalido di guerra, formalmente riconosciuto in base alla legislazione vigente (dalla 1 alla 8) (comma 9) - segue dichiarazione D -

Il soggetto appartiene alla categoria

- invalido per servizio, formalmente riconosciuto in base alla legislazione vigente (dalla 1 alla 8) (comma 9) - segue dichiarazione D -

Il soggetto appartiene alla categoria

- cieco civile parziale, formalmente riconosciuto in base alla legislazione vigente, in possesso di residuo visivo fino ad 1/10 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione (commi 5 e 6) - segue Dichiarazione C -
- cieco civile assoluto, formalmente riconosciuto in base alla legislazione vigente, (commi 5 e 9) - segue Dichiarazione D -
- cieco civile assoluto, formalmente riconosciuto in base alla legislazione vigente, (commi 5 e 9) - segue Dichiarazione D -
- sordomuto, formalmente riconosciuto in base alla legislazione vigente, (commi 5 e 6) - segue Dichiarazione C -

se il sottoscritto è un pensionato coniugato di età superiore ai 60 anni compilare i dati sotto riportati

Cognome	Nome
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nato/a a	Il
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice Fiscale	
<input type="text"/>	

DICHIARA INOLTRE

di trovarsi nella seguente condizione reddituale

- percepire un trattamento economico non superiore al minimo I.N.P.S., esclusi gli importi integrativi del trattamento minimo di cui agli articoli 1, 2 e 6 della legge n. 544/1988 e successivi adeguamenti (per l'anno 2024 pari ad euro 598,61 mensili) e privo di altri redditi propri (con esclusione del reddito della casa di abitazione)
- percepire un trattamento economico non superiore al minimo I.N.P.S., (per l'anno 2024 pari ad euro 598,61 mensili) e 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 tredici volte l'importo in vigore al 1° gennaio di ogni anno (per l'anno 2024 pari ad euro 15.548,00), non considerando né il reddito della casa di abitazione, né degli importi integrativi del trattamento minimo di cui agli articoli 1,2 e 6 della legge n. 544/1988 e successivi adeguamenti
- percepire un trattamento economico riconosciuto per l'invalidità non superiore a tre volte l'ammontare del trattamento minimo del Fondo pensioni lavoratori dipendenti, calcolato in misura pari a tredici volte l'importo mensile in vigore al 1° gennaio di ogni anno (per l'anno 2024 pari ad euro 23345,79) non considerando l'indennità di accompagnamento, né il reddito della casa di abitazione, né gli importi integrativi del trattamento minimo di cui agli articoli 1, 2 e 6 della legge 544/1988 e successivi adeguamenti
- percepire l'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO di cui all'art. 1, legge n. 18/1980 (comma 10)

CHIEDE INOLTRE

- il riconoscimento delle agevolazioni di viaggio in oggetto anche per il proprio accompagnatore in quanto il sottoscritto percepisce l'indennità di accompagnamento, come sopra specificato

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente ai Servizi Sociali del Comune di residenza qualsiasi variazione dei requisiti soggettivi che possa comportare la revoca delle agevolazioni concesse

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- n.1 formato tessera (recente – non più vecchia di 6 mesi - dimensione 35 mm x 45 mm)
- dichiarazione di smarrimento o copia denuncia di furto (per richieste DUPLICATO)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Sossano

Luogo

Data

il dichiarante