

Al Comune di:

Da inoltrare successivamente al Servizio Trasporti e
SIA della PROVINCIA DI ROVIGO

.....

**SI PREGA DI VOLER COMPILARE TUTTI I DATI RICHIESTI E DI ALLEGARE LA
DOCUMENTAZIONE NECESSARIA; IN MANCANZA, NON SARÀ POSSIBILE PROCEDERE
ALL'EMISSIONE DELLA TESSERA.**

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/_____ cod.fisc. _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____
n. civ. _____ telef. _____

**IN QUALITÀ DI ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/TUTORE DEL
MINORE**

Nome _____ Cognome _____
cod.fisc. _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____
Via _____ n. civ. _____

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 Comunale e alla Provincia di Rovigo qualsiasi
variazione dei requisiti soggettivi che possa comportare la revoca delle agevolazioni concesse.

A TAL FINE DICHIARA

che il **MINORE** sopraindicato beneficia di una delle seguenti indennità (**SPUNTARE LA CASISTICA INTERESSATA**):

- ☐ indennità di accompagnamento (art. 1, L. 18/1980);
- ☐ indennità di frequenza (art. 1, L. 289/1990);
- ☐ indennità speciale a favore dei ciechi parziali (art. 3, L. 508/1988);
- ☐ indennità di comunicazione a favore dei sordi prelinguali (art. 4, L. 508/1988).

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 DICHIARANTE

Luogo _____ Data _____

Allegati:

- Una fotografia recente formato tessera riportante il nome del beneficiario sul retro;
- Documentazione aggiornata attestante il possesso dei requisiti di cui alla legge regionale in oggetto:
 - 1) fotocopia dell'ultimo **Certificato di invalidità rilasciato dalla Commissione Medica L. 102/2009**;
 - 2) fotocopia dell'**ultimo Verbale di accertamento della condizione di disabilità L. 104/1992**;
- Fotocopia di un valido documento d'identità del sottoscrittore e del minore beneficiario.

N.B.

DA COMPILARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE A CURA DEL FUNZIONARIO INCARICATO

Accertata l'identità del dichiarante mediante:

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Luogo _____ Data _____