

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

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

di appartenere alla categoria sotto indicata (**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 (**BARRARE DICHIARAZIONE "A"**);
- ☐ PENSIONATI CONIUGATI DI ETA' SUPERIORE AI 60 ANNI (**BARRARE DICHIARAZIONE "B"**);
- ☐ INVALIDI CIVILI E PERSONA CON DISABILITÀ – grado di invalidità riconosciuto _____ (non inferiore al 67%) (**BARRARE DICHIARAZIONE "C"**);
- ☐ INVALIDI DEL LAVORO – grado di invalidità riconosciuto _____ (non inferiore al 67%) (**BARRARE DICHIARAZIONE "C" SOLO SE INFERIORE ALL'80%**);
- ☐ MUTILATI E INVALIDI DI GUERRA – categoria _____ (dalla 1^a alla 8^a);
- ☐ INVALIDI PER SERVIZIO – categoria _____ (dalla 1^a alla 8^a);
- ☐ CIECHI CIVILI cecità assoluta e residuo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi (**BARRARE DICHIARAZIONE "C" SOLO PER I CIECHI PARZIALI**);
- ☐ SORDI (**BARRARE DICHIARAZIONE "C"**);

Di essere in possesso della seguente posizione reddituale (**SPUNTARE LA LETTERA INTERESSATA**):

- A. ☐ di percepire un trattamento economico da pensione non superiore al minimo INP (annualità 2026 = Euro 611,85), 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 (annualità 2026 = Euro 611,85) 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 (annualità 2026 = Euro 15.908,1), 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 2026 = Euro 23.862,15).

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 _____