

Al Comune di

(da inoltrare successivamente al
Servizio Trasporti della
PROVINCIA DI ROVIGO)

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. _____

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale/tutore del MINORE

_____ 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**):

- 1 indennità di accompagnamento (art. 1, L. 18/1980);
- 2 indennità di frequenza (art. 1, L. 289/1990);
- 3 indennità speciale a favore dei ciechi parziali (art. 3, L. 508/1988);
- 4 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 sottoscritto dichiara, altresì, di essere consapevole che gli Uffici tratteranno i "dati personali" contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente per finalità attinenti le funzioni istituzionali, osservando i presupposti e i limiti anche di durata conformi al Regolamento UE 2016/679.

IL DICHIARANTE

....., li

Allegati:

- Una/Due fotografie recenti formato tessera riportante il nome del beneficiario sul retro;
- Documentazione aggiornata attestante il possesso dei requisiti di cui alla legge regionale in oggetto (fotocopia dell'**ultimo certificato di invalidità rilasciato dalla Commissione Medica** e del verbale di accertamento dell'handicap L. 104/1992);
- Fotocopia di un valido documento d'identità del sottoscrittore e del minore beneficiario.

Accertata l'identità del dichiarante mediante.....

.....

IL FUNZIONARIO INCARICATO

....., li