

AL SINDACO DEL COMUNE DI

OGGETTO: Agevolazioni di viaggio sui mezzi di trasporto pubblico locale.
L.R. 30 luglio 1996, n. 19.

Il/La Sottoscritto/a _____

già titolare di tessera agevolata n. _____ con scadenza il _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ via _____ n. civ. _____

tel. _____ codice fiscale _____

in qualità di _____

(indicare se invalido, pensionato o esercente la responsabilità genitoriale del minore)

Minore: _____

nato/a a _____ il _____

indicare se necessita di accompagnatore: **SI** **NO**

CHIEDE

Il rilascio della tessera ai fini del riconoscimento delle agevolazioni di viaggio in oggetto precisate ai sensi del comma dell'art. 1, della L.R. 30.07.1996, n. 19.

SI IMPEGNA

A segnalare tempestivamente a codesta Amministrazione qualsiasi variazione dei requisiti soggettivi che possa comportare la revoca delle agevolazioni concesse.

Firma

Data _____

Allegati da inviare anche a mezzo protocollo.provincia.treviso@pecveneto.it:

- 1 foto recente formato tessera a colori firmata dal titolare;
- fotocopia della carta d'identità in corso di validità;
- fotocopia del certificato d'invalidità completo rilasciato da Commissione Medica prevista dalla legislazione vigente; per il pensionato il certificato di pensione Modello OBIS/M, completo, emesso annualmente dall'INPS.
- dichiarazione del trattamento d'invalidità e/o pensionistico percepito, nei modi previsti dal DPR 445/2000.

AUTOCERTIFICAZIONE

ai sensi e per gli effetti dell'Art. 46 del DPR 445/2000 e s.m.i.

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

in qualità di:

- ☐ ***Invalido Civile con grado di Invalidità non inferiore al 67%***
- ☐ ***Sordo***
- ☐ ***Cieco con residuo visivo fino ad 1/10 in entrambi gli occhi***
- ☐ ***Invalido del lavoro (INAIL con grado di invalidità dal 67% al 79%)***

DICHIARA

che nell'anno 2025 il trattamento di invalidità riconosciuto, esclusa l'eventuale indennità di accompagnamento, non è stato superiore a tre volte l'ammontare del trattamento minimo del Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti - € **23.862,15**;

che il grado di invalidità del riconosciutomi dalla Commissione Medica, nella seduta del e indicato nel certificato di invalidità presentato al fine di ottenere la tessera è invariato.

Di comunicare all'Ufficio Servizi Sociali del Comune qualsiasi variazione rispetto alla situazione iniziale che si dovesse verificare dopo la data di codesta dichiarazione.

Firma

_____ lì _____

AUTOCERTIFICAZIONE
ai sensi e per gli effetti dell'Art. 46 del DPR 445/2000 e s.m.i.

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

in qualità di: **PENSIONATO NON CONIUGATO**

(in questa casistica rientrano i divorziati e i separati in possesso di idonea documentazione, e i vedovi)

DICHIARA

di essere di stato civile (se vedovo/a dal).

di essere titolare di pensione Categoria N. Ente eroganteimporto
mensile € **611,85**,

che nell'anno 2025 ho goduto di un trattamento economico non superiore al minimo INPS -
€ **7.954,05** - esclusi il reddito della casa di abitazione e gli importi integrativi di cui agli
articoli 1, 2 e 6 della Legge n. 544 del 29.12.1988 e sono stato privo di redditi propri.

Di comunicare all'Ufficio Servizi Sociali del Comune qualsiasi variazione rispetto alla situazione
iniziale che si dovesse verificare dopo la data di codesta dichiarazione.

Firma

_____ lì _____

AUTOCERTIFICAZIONE
ai sensi e per gli effetti dell'Art. 46 del DPR 445/2000 e s.m.i.

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

in qualità di: **PENSIONATO CONIUGATO**

DICHIARA

di essere coniugato/a con.....

nato/a a il

(oppure vedovo/a dal.....)

di essere titolare di pensione Categoria N.Ente erogante Importo mensile
€ **611,85**

che nell'anno 2025 ho goduto di un trattamento economico non superiore al minimo INPS -
€ **7.954,05** – esclusi il reddito della casa di abitazione e gli importi integrativi di cui agli
articoli 1, 2 e 6 della Legge n. 544 del 29.12.1988 e sono stato privo di redditi propri.

che il cumulo dei redditi imponibili di qualsiasi natura percepiti da noi coniugi, al netto
dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, non è stato superiore a due volte il trattamento
minimo del Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti di € **15.908,10** esclusi i citati importi
integrativi.

Di comunicare all'Ufficio Servizi Sociali del Comune qualsiasi variazione rispetto alla situazione
iniziale che si dovesse verificare dopo la data di codesta dichiarazione.

Firma

_____ lì _____
