

Da far pervenire entro e non oltre il 31.12.2018
(per le domande spedite via posta farà fede la data del timbro postale di spedizione)

Spett.le
 Provincia di Padova – Settore Trasporti
 Ufficio Agevolazioni Tariffarie
 piazza Bardella, 2
 35131 Padova
 oppure via PEC: protocollo@pec.provincia.padova.it

Oggetto: Agevolazione tariffaria "Famiglie numerose" – Adesione e richiesta rimborso quota abbonamento annuale extraurbano.

Il/La sottoscritto/a _____

residente nel Comune di _____ CAP _____

in via _____ n. _____ tel./cell _____

e-mail _____ C.F. _____

con riferimento all'iniziativa promossa dalla Provincia di Padova indicata in oggetto, come da avviso n. prot. 74182/18 del 09.10.2018 e, a tal fine, ai sensi degli artt. 46, 47 e 48 del DPR 28.12.2000 n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo decreto per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1) di essere in possesso del/i seguente/i abbonamento/i annuale/i del servizio di **trasporto pubblico locale extraurbano su gomma** (allegare fotocopia abbonamento/i):

Cognome e Nome	Tipologia (barrare casella)	Abbonamento (barrare casella/e)	costo	Azienda di Trasporto
	<input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> lavoratore	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> suppl. scol.	<input type="checkbox"/> annuale € _____ <input type="checkbox"/> suppl. scol. € _____	
	<input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> lavoratore	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> suppl. scol.	<input type="checkbox"/> annuale € _____ <input type="checkbox"/> suppl. scol. € _____	
	<input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> lavoratore	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> suppl. scol.	<input type="checkbox"/> annuale € _____ <input type="checkbox"/> suppl. scol. € _____	
	<input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> lavoratore	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> suppl. scol.	<input type="checkbox"/> annuale € _____ <input type="checkbox"/> suppl. scol. € _____	
	<input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> lavoratore	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> suppl. scol.	<input type="checkbox"/> annuale € _____ <input type="checkbox"/> suppl. scol. € _____	

2) che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE in corso di validità) della propria famiglia non è superiore a € 40.000,00 ed è di € _____ (allegare copia).

3) di essere informato che, ai sensi e per gli effetti dell'art 6, comma 1, lettera e), del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti sono obbligatori per il corretto svolgimento dell'istruttoria e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente domanda di agevolazione viene resa.

Data
____/____/____

FIRMA

A TALE SCOPO CHIEDE

il rimborso della quota prevista per l'agevolazione in oggetto mediante:

accredito sul c/c bancario IBAN (soluzione preferibile)

Codice Paese	CIN Euro	CIN IT	ABI	CAB	N° CONTO CORRENTE

invio di assegno circolare all'indirizzo di residenza dichiarato.

Data
____/____/____

FIRMA

N.B.: Non verranno accettate le domande prive della documentazione richiesta (fotocopia documento d'identità valido, fotocopia degli abbonamenti, modulo ISEE in corso di validità).