

## MODULO DI RICHIESTA ABBONAMENTO CATEGORIE PROTETTE REGIONE CAMPANIA

FOTOTESSERA	VERSAMENTO € _____ <input type="checkbox"/> CONTANTI <input type="checkbox"/> C/C POSTALE	RISERVATO ALL'UFFICIO
TIMBRO  _____	FIRMA OPERATORE  _____	

### RICHIESTA PRESENTATA A/PER

ASSOCIAZIONE \_\_\_\_\_
  POSTAZIONE \_\_\_\_\_
  ALTRO \_\_\_\_\_  
 GIÀ POSSESSORE DI RC N° \_\_\_\_\_
  1<sup>a</sup> EMISSIONE
  ACCOMPAGNATORE

### DATI ANAGRAFICI

COGNOME \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA G G M M A A A A SESSO M F  
 COMUNE DI NASCITA \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
 C.A.P. \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_  
 PROVINCIA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

### INFO ABBONAMENTO CATEGORIA PROTETTA

IN QUANTO APPARTENENTE AD UNA DELLE CATEGORIE SOTTOINDICATE ED AVENTE DIRITTO, AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE, CON CONTRIBUTO DEL  5%  20%  30% SUL COSTO DELL'ABBONAMENTO AL TRASPORTO PUBBLICO LOCALE:

BARRARE LA LETTERA NELLA CASELLA DI INTERESSE

A	B	C	D	E
<b>INVALIDO CIVILE</b>	<b>INVALIDO DEL LAVORO</b>	<b>MUTILATO/INVALIDO DI GUERRA - DI SERVIZIO OVERO VEDOVA DI QUESTI</b>	<b>SORDOMUTO</b>	<b>NON VEDENTE</b>
Ai sensi della L.R.n. 15 del 26/07/2002, art 7, e successive modifiche e/o integrazioni, con invalidità non inf. al 74% e reddito personale annuo non sup. a € 4.132,00	Ai sensi della L.R. n. 18 del 6/12/2000, art. 56, successive modifiche e/o integrazioni	Ai sensi della L.R. n 5 del 5/08/1999 art. 32, e successive modifiche e/o integrazioni	Ai sensi della L.R. n. 10 del 11/08/2001, art 28, e successive modifiche e/o integrazioni	Ai sensi della L.R. n. 10 del 5/03/1990 e successive modifiche e/o integrazioni, con cecità assoluta /residuo visivo non superiore ad un decimo in entrambi gli occhi

### RICHIESTE L'EMISSIONE DEL SEGUENTE ABBONAMENTO

INTEGRATO
  AZIENDALE \_\_\_\_\_  
Specificare l'Azienda

DAL COMUNE \_\_\_\_\_ AL COMUNE \_\_\_\_\_  
Specificare il Comune di partenza
Specificare il Comune di destinazione

CON INTERSCAMBIO A NAPOLI
  SENZA INTERSCAMBIO A NAPOLI

CORRISPONDENTE ALLA TARIFFA \_\_\_\_\_ PER CUI VERSA UN CONTRIBUTO DI € \_\_\_\_\_

A conoscenza di quanto prescritto dall'art.76 Del d.P.R. 28/12/2000 N° 445 sulla responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità

## DICHIARA

(barrare le caselle interessate)

- Di autorizzare espressamente il trattamento dei dati personali, di cui alla presente istanza, ai sensi del D.Lgs. n.196/03;
- Di essere non vedente con cecità assoluta ovvero con residuo visivo non superiore ad un decimo in entrambi gli occhi;
- Di essere stato riconosciuto mutilato ed invalido di guerra ovvero per servizio;
- Di essere vedova di invalido di guerra o per servizio dal \_\_\_\_\_;
- Di essere stato riconosciuto invalido del lavoro;
- Di essere stato riconosciuto sordomuto;
- Di essere stato riconosciuto invalido civile con invalidità del \_\_\_\_ % (non inferiore al 74%) e con un reddito personale annuo non superiore ad € 4.132,00;
- Di avere giuridicamente diritto all'accompagnatore;
- Di avere percepito nel 2014 un reddito personale di € CIFRE/LETTERE \_\_\_\_\_ ;  
**NB: Tale dichiarazione è obbligatoria per gli invalidi civili, i sordomuti, i non vedenti, gli invalidi del lavoro 100%, gli invalidi di guerra o per servizio di 1° categoria con reddito personale annuo non superiore ad € 4.132,00;**
- Di allegare copia conforme del titolo attestante il proprio status di : non vedente/ mutilato ed invalido di guerra/ mutilato ed invalido per servizio/ invalido del lavoro/ sordomuto/ invalido civile;
- Di non usufruire, in relazione alla richiesta avanzata, di altre agevolazioni tariffarie concesse da parte della Pubblica Amministrazione;
- Di obbligarsi a corrispondere, in caso di accertamento ed in assenza dei requisiti necessari all'ottenimento dell'agevolazione tariffaria richiesta, l'importo relativo all'intero costo dell'abbonamento richiesto (anche se non ne ha usufruito o non è ancora venuto a scadenza).

## ALLEGA

- Fotocopia documento d'identità (in corso di validità);
- N. 1 foto, formato tessera, a colori (solo in caso di prima emissione);
- Copia conforme del titolo di invalidità;
- Pagamento in contanti di € \_\_\_\_\_ o ricevuta del versamento di € \_\_\_\_\_ sul c/c postale n. 14003800 intestato a Consorzio Unico Campania, Piazza Matteotti 7 80133 Napoli con causale: CONTRIBUTO CATEGORIE PROTETTE REGIONE CAMPANIA;
- Attestato I.S.E.E \_\_\_\_\_ (inserire valore) solo per gli abbonamenti con sconto del 80% (ISEE inferiore a €6967,00). L'attestato, riferito all'ultima dichiarazione dei redditi, deve essere in corso di validità.

Napoli, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

L' impiegato addetto  
Cognome e nome in stampatello – firma

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

**NOTE**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

AUTORIZZAZIONE ALLA STAMPA DELL'ABBONAMENTO  SI  NO

**MOTIVAZIONE**

---

---

---

LUOGO, DATA

---

---

---

FIRMA DEL RESPONSABILE

---

---

---

**RICEVUTA DELL'AVVENUTO DEPOSITO DELLA RICHIESTA PER L' AGEVOLAZIONE TARIFFARIA  
RISERVATA ALLE CATEGORIE PROTETTE DELLA REGIONE CAMPANIA**

POSTAZIONE

---

---

PROTOCOLLO

N° \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si attesta, con la presente, che il Sig \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ha presentato istanza per ottenere la tessera agevolata, tariffa RC, fascia \_\_\_\_\_

INTEGRATO  AZIENDALE con contributo del  5%  20%  30% del costo

dell'abbonamento ed ha effettuato versamento di € \_\_\_\_\_

CONTANTI  C/C POSTALE

L' impiegato addetto  
Cognome e nome in stampatello - firma

Luogo e Data

---

---

