

## MODULO DI RICHIESTA ABBONAMENTO CATEGORIE PROTETTE REGIONE CAMPANIA



### RICHIESTA PRESENTATA

ASSOCIAZIONE \_\_\_\_\_  POSTAZIONE \_\_\_\_\_  
 RINNOVO CARD S.N. \_\_\_\_\_ CON RILASCIO PROVVISORIO 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 TRASPORTO PUBBLICO LOCALE

IN QUANTO APPARTENENTE AD UNA DELLE CATEGORIE SOTTOINDICATE ED AVENTE DIRITTO, AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE, AL RILASCIO DI UN ABBONAMENTO ANNUALE AGEVOLATO AL TRASPORTO PUBBLICO CON CONTRIBUTO DEL  10%  35% SUL COSTO DELL'ABBONAMENTO PRESCELTO.

BARRARE LA CASELLA DI INTERESSE

TIPO INVALIDITÀ	CONTRIBUTO 10%	CONTRIBUTO 35%
<input type="checkbox"/> CIVILE	<input type="checkbox"/> invalidità dal 74% al 100% ISEE non superiore a € 7.000	<input type="checkbox"/> invalidità dal 74% al 100% ISEE tra € 7.001 e € 12.500 <input type="checkbox"/> invalidità 100% con accomp. ISEE fino a max € 15.000
<input type="checkbox"/> LAVORO	<input type="checkbox"/> invalidità dal 74% al 100% ISEE non superiore a € 7.000	<input type="checkbox"/> invalido del lavoro
<input type="checkbox"/> SERVIZIO E GUERRA	<input type="checkbox"/> invalidità dalla 1° alla 3° cat. ISEE non superiore a € 7.000	<input type="checkbox"/> invalido per servizio o guerra
<input type="checkbox"/> SORDO	<input type="checkbox"/> ISEE non superiore a € 7.000	<input type="checkbox"/> sordo
<input type="checkbox"/> NON VEDENTE	<input type="checkbox"/> residuo Vis. non sup. 1/10 ISEE non superiore a € 7.000	<input type="checkbox"/> non vedente residuo Vis. non sup. 1/10

PERTANTO, RICHIEDE L'EMISSIONE/RINNOVO DEL SEGUENTE ABBONAMENTO

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

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

CON INTERSCAMBIO A NAPOLI  SENZA INTERSCAMBIO A NAPOLI

CORRISPONDENTE ALLA TARIFFA \_\_\_\_\_ CON 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 falsità in atti e dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità

## DICHIARA

(barrare soltanto le caselle interessate)

- Di essere invalido civile al \_\_\_\_% (non inferiore al 74%) e con ISEE pari a € : \_\_\_\_\_ ;
- Di essere invalido del lavoro;
- Di essere invalido del lavoro al \_\_\_\_% e con ISEE pari a € \_\_\_\_\_ ;
- Di essere invalido di guerra ovvero per servizio;
- Di essere invalido di guerra ovvero per servizio tab. A cat. \_\_\_\_ e con ISEE pari a € \_\_\_\_\_ ;
- Di essere vedova o orfano di invalido di guerra o per servizio dal \_\_\_\_\_ ;
- Di essere sordo;
- Di essere sordo e con ISEE pari a € \_\_\_\_\_ ;
- Di essere non vedente con residuo visivo non superiore a 1/10:
- Di essere non vedente con residuo visivo non superiore a 1/10 e con ISEE pari a € \_\_\_\_\_ ;
- Di avere giuridicamente diritto all'accompagnamento.

Lo stato di invalidità è stato accertato in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
(indicare Ente/Asl)

Tale diritto  non è soggetto a revisione  è soggetto a revisione in data \_\_\_\_\_

## DICHIARA ALTRESÌ

- 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).

Firma del richiedente (obbligatoria)

Luogo e data di consegna

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** - Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, La informiamo che il **Consorzio Unicampania**, titolare del trattamento, detiene i suoi dati personali necessari per fornire i servizi richiesti e le relative comunicazioni. I suoi dati sono trattati, anche in via elettronica, da nostri dipendenti specificatamente autorizzati, nonché da ditte terze incaricate ed Enti/ Organi di controllo preposti ad accertare la veridicità di quanto dichiarato. I suoi dati non saranno soggetti ad altra diffusione ma, per dare corso alla corretta esecuzione degli obblighi contrattuali, potranno essere comunicati alle aziende di TPL esercenti il servizio richiesto, con l'obbligo di adottare idonee misure di sicurezza in tema di protezione dati personali. Ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003, Lei ha il diritto di conoscere, in qualsiasi momento, quali siano i dati registrati presso di noi che la riguardano, la loro origine e il loro utilizzo; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento salvo l'impossibilità di rinnovare/rilasciare la tessera. A seguito di quanto descritto, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali.

Firma del richiedente (obbligatoria)

Luogo e data

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- Fotocopia del documento d'identità (in corso di validità);
- Copia del titolo di invalidità;
- Attestazione I.S.E.E ordinario \_\_\_\_\_ (inserire valore) Prot. \_\_\_\_\_ Scad. \_\_\_\_\_  
**solo per le fasce richieste.**  
L'attestazione ISEE, riferita all'ultima dichiarazione dei redditi, deve essere priva di annotazioni ed in corso di validità.
- N. 1 foto, formato tessera, a colori (solo in caso di 1° emissione);
- Versa la cifra di € \_\_\_\_\_ corrispondente alla categoria di appartenenza e al contributo utente previsto per l'abbonamento;



Si attesta che Il Sig./La Sig.ra \_\_\_\_\_  
ha presentato richiesta di abbonamento annuale categorie protette RC anno 2019 consegnando la  
prescritta documentazione versando € \_\_\_\_\_ e ricevuto abbonamento provvisorio mese  
di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ fascia \_\_\_\_\_  
da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

L'impiegato addetto  
Cognome e nome in stampatello – firma

Luogo e data

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



Per informazioni  
**Consorzio UnicoCampania**  
Piazza Matteotti 7, 80133 Napoli  
info@unicocampania.it

**Tel.** 081.551 31 09  
**Fax** 081.552 12 37  
**www.unicocampania.it**

  
consorzio-unicocampania