

MODULO DI RICHIESTA ABBONAMENTO CATEGORIE PROTETTE REGIONE CAMPANIA



RICHIESTA PRESENTATA

ASSOCIAZIONE _____ POSTAZIONE _____

1^a EMISSIONE ACCOMPAGNATORE RINNOVO ABBONAMENTO S.N. _____

RINNOVO CON NUOVA CARD PER: SMARRIMENTO CAMBIO TARIFFA/AZIENDA _____

DANNEGGIAMENTO CON RILASCIO ABBONAMENTO SOSTITUTIVO _____ N. _____

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

_____ / ____ / _____

PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE E ACQUISIZIONE COPIA DELL'INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 ("GDPR")

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali rilasciata dal Titolare del trattamento. A tal proposito, il sottoscritto dichiara di aver compreso che, a seconda del titolo di viaggio acquistato, il Titolare del trattamento è: - il Consorzio UnicoCampania, nel caso di acquisto del titolo di viaggio integrato; ovvero, - la Società di trasporto pubblico locale di cui Lei ha acquistato l'abbonamento, nel caso dei titoli di viaggio aziendali.

Firma del richiedente (obbligatoria)

Luogo e data

_____ / ____ / _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO PER ATTIVITÀ DI PROMOZIONE COMMERCIALE - Previo Suo consenso, a seconda del titolo di viaggio acquistato, i Suoi dati personali potranno essere trattati da: - il Consorzio UnicoCampania, nel caso di acquisto del titolo di viaggio integrato; ovvero, - la Società di trasporto pubblico locale di cui Lei ha acquistato l'abbonamento, nel caso dei titoli di viaggio aziendali; per finalità di promozione commerciale, relativa anche a servizi diversi da quelli di cui al presente modulo e/o resi da terzi soggetti rispetto al Titolare del trattamento; questo trattamento si basa sul Suo consenso, ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. a), GDPR, espresso mediante il seguente campo:

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

all'utilizzo dei dati di contatto per finalità di promozione commerciale relative a prodotti o servizi sia analoghi sia diversi a quelli oggetto della vendita effettuate con qualsivoglia strumento di comunicazione.

Firma del richiedente (obbligatoria)

Luogo e data

_____ / ____ / _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- Presentazione smart card (in caso di rinnovo senza modifica)
 - 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 202_ consegnando la
prescritta documentazione e versando € _____. Se previsto, ha ricevuto, inoltre,
l'abbonamento provvisorio per il mese di _____
n. _____ tipo _____
da _____ a _____

L'impiegato addetto
Cognome e nome in stampatello – firma

Luogo e data

_____ / _____ / _____

