



Quadro C

- Di dare mandato all'Ufficio di Piano dell'Ambito N13 di presentare e consegnare ad EAV la relativa istanza UNICAMPANIA e tutta la documentazione necessaria per l'emissione di detti titoli di viaggio e richiedere per conto dello scrivente la relativa agevolazione come individuata dalla Regione Campania;
- Di individuare la quota minima a proprio carico (soggetto in possesso di certificazione L. 104/92 art 3 comma 1-3, invalidità civile >74%, soggetti privi della vista e sordomuti di cui agli articoli 6 e 7 della Legge 2 aprile 1968, n.482) pari a €. 100,00 + €. 5,00/€. 2,00 (costo annuale abbonamento €. 211,70 + €. 5,00 tessera/€. 2,00 tessera rinnovo)
- Di individuare la quota minima a proprio carico (anziano >65 anni) pari a €. 85,00 + €. 5,00/€. 2,00 (€. 176,40 + €. 5,00 tessera/€. 2,00 tessera rinnovo)

**DICHIARO**

di essere consapevole che il venire meno del requisito dichiarato al Quadro B, determinando la decadenza dell'agevolazione, dovrà essere tempestivamente comunicato all'Ufficio di Piano, a mezzo comunicazione allo stesso indirizzo a cui viene presentata codesta istanza.

**SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE**

Io sottoscritt \_\_\_ consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro di aver compilato i quadri A , B , C  del presente modello composto di pagine tre, e che quanto in essi espresso è vero ed accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti.

In esecuzione degli artt.10 e 11 della Legge 675/96, recante disposizioni a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, io sottoscritt \_\_\_ fornisco il consenso al trattamento dei miei dati personali, oltre che per ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, anche per dare integrale esecuzione a tutti gli obblighi dell'agevolazione e sue eventuali integrazioni/evoluzioni.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità dei dati reddituali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle finanze.

Luogo/data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso).

La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso).

**INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Comune o Stato estero di nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Indirizzo e numero civico \_\_\_\_\_

Numero telefonico ( facoltativo ) \_\_\_\_\_

*(Allegare fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore della presente dichiarazione)*



POST.

OP.

# MODULO DI RICHIESTA ABBONAMENTO ANNUALE

## DATI OBBLIGATORI

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ G G M M A A S S E S S O \_\_\_\_\_ M F

COMUNE DI NASCITA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ NAZIONE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO D'IDENTITÀ \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ EMESSO DA / IL \_\_\_\_\_

## DATI FACOLTATIVI

TELEFONO FISSO \_\_\_\_\_ TELEFONO CELLULARE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

## INFO ABBONAMENTO ANNUALE

RICHIEDO IL RILASCIO/RINNOVO DELL'ABBONAMENTO DAL MESE DI \_\_\_\_\_

CATEGORIA:  ORDINARIO  ORDINARIO AGEVOLATO ISEE  STUDENTI  STUDENTI AGEVOLATO ISEE  OVER 65 AGEVOLATO ISEE

INTEGRATO  AZIENDALE  AIR  ANM  TROTTA  BUSITALIA CAMPANIA  CTP  CTI-ATI

EAV  EAV AUTOLINEE  SITASUD  ALTRO \_\_\_\_\_



TARIFFA: (BARRARE LA TARIFFA PRESCELTA)

URBANO NAPOLI  URBANO/SUBURBANO AVELLINO  URBANO/SUBURBANO BENEVENTO  URBANO/SUBURBANO CASERTA  URBANO/SUBURBANO SALERNO

URBANO ALTRI COMUNI \_\_\_\_\_

EXTRAURBANO  NA  AC FASCIA  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

DA \_\_\_\_\_ Specificare il Comune di partenza

A \_\_\_\_\_ Specificare il Comune di destinazione

Agevolazione ISEE, allegare l'attestazione ISEE, in corso di validità e priva di annotazioni, riferita all'ultima dichiarazione dei redditi. Per l'agevolazione studenti, limite di età 26 anni, compilare l'autocertificazione in qualità di studente posta sul retro del modulo.

Effettuo versamento in contanti di € \_\_\_\_\_ per la tariffa dell'abbonamento e per la smart card  € 5,00 1ª emissione  € 2,00 rinnovo

**TUTELA DELLA PRIVACY** - Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, La informiamo che il Consorzio UnicoCampania, 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.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA (OBBLIGATORIA) \_\_\_\_\_

In relazione al trattamento dei miei dati, autorizzo che gli stessi siano utilizzati dal Consorzio UnicoCampania o da Ditta terze incaricate per finalità di marketing, commerciali inerenti il servizio di trasporto pubblico locale.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

da compilarsi a cura del personale addetto

Si attesta che il Sig./ la Sig.ra \_\_\_\_\_ ha presentato richiesta di abbonamento annuale, valido 12 mesi solari consecutivi, a partire da \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ consegnando la prescritta documentazione e versando in contanti € \_\_\_\_\_ comprensivo del costo della smart card.

Firma dell'operatore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



POST.

Comune di Barano D'Ischia Prot.0000758-03/02/2022-c\_a617-PG-0001-A 0021