

RICEVUTA:

Data _____

Ora _____

N. _____

Al Comune di Malalbergo

**MODULO DI RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER UNA ULTERIORE RIDUZIONE
RISPETTO AGLI ABBONAMENTI "MI MUOVO INSIEME" ANNO 2017**

Il/la sottoscritt _____

(cognome)

(nome)

nat_ a _____ il ____/____/____ Prov/Stato. _____

residente a _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

**UN CONTRIBUTO PER UNA ULTERIORE RIDUZIONE RISPETTO AGLI ABBONAMENTI
"MI MUOVO INSIEME" ANNO 2017:**

in quanto:

Componenti di famiglie numerose con 4 o più figli, con ISEE 2017 non superiore a € 8.000,00

in possesso dell'attestazione ISEE ordinaria, DPCM 159/2013 e s.m.i., protocollo INPS-ISEE _____, con un valore ISEE pari ad € _____

oppure

in possesso della ricevuta di presentazione della dichiarazione ISEE DPCM 159/2013 e s.m.i. n. _____ del ____/____/2017, *solo in caso di variazione di ISEE in corso d'anno rispetto a quella presentata per l'accesso all'abbonamento annuale agevolato "Mi muovo insieme"*

Persona di sesso femminile di età non inferiore a 64 anni o di sesso maschile di età non inferiore a 65 anni, con ISEE 2017 non superiore a € 7.750,00

in possesso dell'attestazione ISEE ordinaria, DPCM 159/2013 e s.m.i., protocollo INPS-ISEE _____, con un valore ISEE pari ad € _____

oppure

- in possesso della ricevuta di presentazione della dichiarazione ISEE DPCM 159/2013 e s.m.i. n. _____ del ___/___/2017, *solo in caso di variazione di ISEE in corso d'anno rispetto a quella presentata per l'accesso all'abbonamento annuale agevolato "Mi muovo insieme"*

<input type="checkbox"/> Persone con disabilità:

- Invalidi Civili o per cause di lavoro con invalidità permanente riconosciuta al 100%
- Ciechi totali e sordomuti anche se di età inferiore a 18 anni
- Ciechi con residuo visivo non superiore ad 1/10 in entrambi gli occhi, raggiungibile con la correzione di lenti
- Mutilati ed invalidi di guerra (compresi i mutilati ed invalidi civili per cause di guerra) e di servizio con invalidità fisica ascrivibile alla 1^ categoria compresi gli invalidi di 1^ categoria con assegni aggiuntivi di natura assistenziale
- Mutilati ed invalidi di guerra (compresi i mutilati ed invalidi civili per cause di guerra) o per servizio per una menomazione dell'integrità fisica ascrivibile alla categoria dalla 2^ alla 5^ della tabella A) allegata alla Legge 18 marzo 1968, n. 313
- Invalidi minori di 18 anni riconosciuti dalla Commissione medica competente come aventi diritto all'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18/80 o all'indennità di frequenza di cui alla legge n.289/90
- Portatori di "pace-maker" ed emodializzati, sempre che muniti di certificazione medica probante la specifica condizione rilasciata da struttura sanitaria pubblica
- Cittadini affetti da disturbi psichici gravi ed in carico ai CSM – Centri Salute Mentale – muniti di apposito certificato medico rilasciato dal medesimo CSM attestante espressamente la gravità del disturbo
- Persone con disabilità con la connotazione di gravità di cui all'art.3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992 n.104 accertata ai sensi dell'articolo 4 della medesima legge
- Mutilati ed invalidi per cause di lavoro con invalidità permanente riconosciuta superiore al 50%
- Invalidi civili ai quali sia stata accertata una riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore a ai 2/3

<input type="checkbox"/> Altre categorie:
--

- Vedove di caduti in guerra e dei caduti per cause di servizio
- Ex deportati nei campi di sterminio nazisti (KZ) o perseguitati per motivi politici, religiosi o razziali
- Vittime di tratta di essere umani e grave sfruttamento inserite nei programmi di assistenza attuati ai sensi dell'articolo 13 della Legge 228/2003 "Misure contro la tratta di persone", dell'articolo 18 del d.lgs. 286/98 Testo Unico Immigrazione, nonché dell'articolo 8 del d.lgs. 4 marzo 2014, n. 24 "Attuazione della direttiva 2011/36/UE, relativa alla prevenzione e alla repressione della tratta di esseri umani e alla protezione delle vittime".

Se all'intestatario dell'abbonamento è stato formalmente riconosciuto il diritto all'accompagnatore, il titolo di viaggio costituisce titolo di viaggio anche per l'accompagnatore senza alcun sovrapprezzo. In presenza di tale condizione, barrare la seguente casella:

PERSONA AVENTE DIRITTO ALL'ACCOMPAGNATORE

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste per false e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e consapevole, ai sensi dell'articolo 75 del soprarichiamato D.P.R., che qualora da eventuali controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, quanto segue:

- di essere in possesso dell'abbonamento "Mi Muovo Insieme" (specificare
 - intestato al sottoscritto
 - intestato a _____ (nel caso di figli minori)
 - urbano (monozonale)**
 - extraurbano (plurizonale)**
 - cumulativo**
- di essere cittadino italiano; *oppure*
- di essere cittadino di uno Stato appartenente all'Unione Europea *oppure*
- di essere cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea in possesso di:
 - permesso di soggiorno o carta di soggiorno, ai sensi del D.Lgs. 286/1998 e successive modifiche ed integrazioni, rilasciato il ___/___/_____ e con scadenza il ___/___/_____ *oppure*
 - ricevuta della richiesta di rinnovo del permesso/carta di soggiorno presentata in data ___/___/_____;

Il sottoscritto dichiara altresì di essere a conoscenza che:

- sui dati dichiarati potranno essere eseguiti controlli, anche a campione, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000;
- i contributi verranno erogati fino ad esaurimento delle risorse disponibili.

In caso di accoglimento dell'istanza il sottoscritto chiede altresì che il contributo venga erogato tramite:

accredito su conto corrente intestato a _____
residente in Via/Piazza _____
Comune di _____ Tel. _____ C.F. _____
_____ presso (Posta o Banca) _____

filiale di _____ con le seguenti coordinate IBAN, con addebito delle relative spese:

PAESE		CIN EUR		CIN	ABI				CAB				CONTO CORRENTE																									
I	T																																					

Al fine di evitare eventuali disagi, si raccomanda di allegare la stampa del codice IBAN.

quietanza diretta con incasso allo sportello presso le filiali di UNICREDIT Banca;

Documenti da allegare:

1. copia dell'abbonamento "Mi Muovo Insieme";
2. fotocopia del documento di identità del richiedente.

Luogo, ____/____/____

IL DICHIARANTE

AVVERTENZA

L'Amministrazione informa, ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003, che:

- a) il trattamento dei dati conferiti con la presente dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per il contributo per una ulteriore riduzione rispetto agli abbonamenti "Mi Muovo Insieme" anno 2017;
- b) il trattamento degli stessi dati sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali;
- c) il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;
- d) il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
- e) il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, avendo come riferimento il responsabile del trattamento degli stessi per l'Unione Reno Galliera, individuato, per questo avviso, nella Dott.ssa Anna Del Mugnaio Responsabile dell'Ufficio di Piano;
- f) il titolare del trattamento è l'Unione Reno Galliera, con sede in Via Fariselli n. 4, 40016 San Giorgio di Piano (Bo).