

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov _____ il _____ età _____

residente a LEPORANO (TA) in _____ n. _____

Cod.Fisc. _____ Tel _____

Doc. di identità _____ rilasciato da _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

CHIEDE IL RILASCIO

Dell'abbonamento di libera circolazione per i servizi di Trasporto Pubblico Locale su strada svolti da AMAT, con validità

ANNUALE MENSILE 7/7 (feriale e festivo) MENSILE 6/7 (solo feriale)

da intestare a me medesimo

al minore _____ di cui il richiedente esercita la potestà genitoriale

nato/a a _____ prov _____ il _____ età _____

residente a LEPORANO (TA) in _____ n. _____

Cod.Fisc. _____ Tel _____

DICHIARA

Al fine della individuazione della corretta categoria tariffaria, di essere (ovvero che il minore per il quale si chiede l'abbonamento è) alla data odierna

- lavoratore/lavoratrice dipendente presso _____ con reddito ISEE inferiore al minimo della pensione INPS
- disoccupato/a, iscritto/a nelle liste di disoccupazione presso la sezione circoscrizionale per l'impiego di _____ con reddito ISEE inferiore a € 10.632,95
- fruitore del trattamento di cassa integrazione guadagni quale dipendente dell'impresa _____ con reddito ISEE inferiore a € 10.632,95
- pensionato/a con reddito ISEE inferiore al minimo della pensione INPS
- appartenente alla categoria di invalidi civili o del lavoro, riconosciuta dalla Competente Autorità (specificare) _____ al quale sia stata accertata una invalidità in misura non inferiore al 50 % e con reddito ISEE inferiore minimo della pensione INPS
- studente della scuola dell'obbligo e/o della scuola secondaria superiore con reddito ISEE <= € 10.632,95
- non appartenente a (o di non voler essere compreso in) nessuna delle categorie sopra specificate
- che l'indicatore di reddito ISEE sopra specificato è conforme con l'**attestazione ISEE allegata alla presente, rilasciata da apposito CAF**
- che la percentuale di invalidità specificato è conforme con il **verbale allegato alla presente, rilasciata da apposita autorità sanitaria**

SI IMPEGNA

A dare tempestiva comunicazione di ogni variazione successivamente intervenuta a quanto dichiarato.

Luogo e data _____

Il/La Dichiarante _____

Si informa che i dati personali, rilevati dalla predetta istanza, come disciplinato dal D.Lgs. 196/03 sulla privacy, anche con supporti elettronici ed autorizzati, saranno utilizzati dall'AMAT esclusivamente per il rilascio del titolo richiesto, oltre che per finalità istituzionali o per rilevazioni statistiche, utilizzando in tal caso esclusivamente dati aggregati. Gli stessi dati hanno natura, facoltativa, pur essendo necessari per l'emissione dell'abbonamento. Si precisa inoltre che le informazioni fornite non saranno comunicate ad altri soggetti, e che i dati potranno essere trattati per inviare informazioni commerciali, materiale pubblicitario o per attuare iniziative di vendita diretta, esclusivamente dall'AMAT Spa.

Il responsabile del trattamento dei dati forniti è il Responsabile dell'Area Commerciale dell'AMAT S.p.a.

Luogo e data _____

Il/La Dichiarante _____