



## DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 . 446)

**ANNO 2026**

Oggetto: Agevolazioni di viaggio sui mezzi di trasporto pubblico locale Legge Regionale 30 luglio 1996, n. 19, art.1 (richiamato dall'art. 49, comma 7, della Legge Regionale 30 ottobre 1998)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ n. tel/cell. \_\_\_\_\_

indirizzo e mail \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

CHIEDE:

☐ RILASCIO ☐ RINNOVO ☐ DUPLICATO

della tessera decennale ai fini del riconoscimento delle agevolazioni di viaggio in oggetto.

A tal fine, consapevole che le Pubbliche Amministrazioni possono effettuare i controlli previsti dalla legge e che in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità, sarà punito/a ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria personale responsabilità ai sensi e per gli effetti degli artt. 46,47 e 75 del citato D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

**1)**

☐ di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

☐ di essere residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

☐ di avere la cittadinanza italiana/ comunità europea

☐ di avere la cittadinanza straniera (in questo caso la tessera viene rilasciata per il periodo in un anno, ovvero fino alla scadenza del permesso di soggiorno)

di appartenere alla categoria sotto contrassegnata (**barrare unicamente la casella che interessa**)

☐ **PENSIONATO NON CONIUGATO DI ETA' SUPERIORE AI 60 ANNI (comma 3)**  
**- segue dichiarazione A-**

☐ **PENSIONATO CONIUGATO DI ETA' SUPERIORE AI 60 ANNI (comma 4)**

e che i dati relativi al coniuge sono i seguenti:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**(segue dichiarazione B)**

☐ **INVALIDO CIVILE**, formalmente riconosciuto dalle commissioni mediche previste dalla legislazione vigente, con grado di invalidità pari al \_\_\_\_\_ % (non inferiore al 67%) (comma 3 e 6)

→ segue dichiarazione C

☐ **INVALIDO DEL LAVORO**, formalmente riconosciuto dalle commissioni mediche previste dalla legislazione vigente, con grado di invalidità pari al \_\_\_\_\_ % (**non inferiore al 67%**) (commi 3,6 e 9) → segue dichiarazione C solo se inferiore a 80% e dichiarazione D.

☐ **MUTILATO O INVALIDO DI GUERRA**, formalmente riconosciuto in base alla legislazione vigente, appartenente alla categoria \_\_\_\_\_ (dalla 1<sup>a</sup> alla 8<sup>a</sup>) (comma 9)

→ segue dichiarazione D.

☐ **INVALIDO PER SERVIZIO**, formalmente riconosciuto in base alla legislazione vigente, appartenente alla categoria \_\_\_\_\_ (dalla 1<sup>a</sup> alla 8<sup>a</sup>) (comma 9)

→ segue dichiarazione D.

☐ **CIECO CIVILE PARZIALE**, formalmente riconosciuto in base alla legislazione vigente, in possesso di residuo visivo fino ad 1/10 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione (commi 5 e 6)

→ segue dichiarazione C.

☐ **CIECO CIVILE ASSOLUTO**, formalmente riconosciuto in base alla legislazione vigente, (commi 5 e 9)

→ segue dichiarazione D.

☐ **SORDOMUTO**, formalmente riconosciuto in base alla legislazione vigente, (commi 5 e 6)

→ segue dichiarazione C.

## 2)

di trovarsi nella seguente condizione reddituale (barrare unicamente la casella che interessa):

☐ **A)** percepire un trattamento economico non superiore al minimo I.N.P.S., esclusi gli importi integrativi del trattamento minimo di cui agli articoli 1, 2 e 6 della legge n. 544/1988 e successivi adeguamenti (per l'anno 2026 pari ad euro **611,85** mensili) e privo di altri redditi propri (con esclusione del reddito della casa di abitazione).

☐ **B)** percepire un trattamento economico non superiore al minimo I.N.P.S., (per l'anno 2026 pari ad euro **611,85** mensili) e il cumulo dei redditi imponibili di qualsiasi natura percepiti dal sottoscritto e dal coniuge, al netto dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, non risulta superiore a due volte l'ammontare del trattamento minimo del Fondo pensioni lavoratori dipendenti, calcolato in misura pari a tredici volte l'importo in vigore al 1° gennaio di ogni anno (per l'anno 2026 pari ad euro **15.908,20**), non considerando né il reddito della casa di abitazione, né degli importi integrativi del trattamento minimo di cui agli articoli 1,2 e 6 della legge n. 544/1988 e successivi adeguamenti.

☐ **C)** percepire un trattamento economico riconosciuto per l'invalidità non superiore a tre volte l'ammontare del trattamento minimo del Fondo pensioni lavoratori dipendenti, calcolato in misura pari a tredici volte l'importo mensile in vigore al 1° gennaio di ogni anno (per l'anno 2026 pari ad

euro **23.862,20**) non considerando l'indennità di accompagnamento, né il reddito della casa di abitazione, né gli importi integrativi del trattamento minimo di cui agli articoli 1, 2 e 6 della legge 544/1988 e successivi adeguamenti.

☐ **D)** percepire l'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO di cui all'art. 1, legge n. 18/1980 (comma 10)

☐ **E)** non percepisce alcun trattamento economico da parte dell'INPS;

### **CHIEDE INOLTRE**

☐ il riconoscimento delle agevolazioni di viaggio in oggetto anche per il proprio accompagnatore in quanto il sottoscritto percepisce l'indennità di accompagnamento, come sopra specificato (dichiarazione **D**)

### **SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente ai Servizi Sociali del Comune di residenza qualsiasi variazione dei requisiti soggettivi che possa comportare la revoca delle agevolazioni concesse.

### **ALLEGA**

- n. 1 foto formato tessera (recente – non più vecchia di 6 mesi - dimensione 35 mm x 45 mm)
- documentazione attestante il possesso dei requisiti che danno titolo all'agevolazione richiesta

☐ dichiarazione di smarrimento o copia denuncia di furto (per richieste DUPLICATO)

Dichiara infine di essere informato sul trattamento dei dati personali conferiti, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196.

Letto, confermato e sottoscritto, \_\_\_\_\_  
firma

### **RISERVATO ALL'UFFICIO**

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Attesto che il firmatario Sig. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo \_\_\_\_\_ ha apposto la sua firma di proprio pugno in mia presenza.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del dipendente addetto \_\_\_\_\_

*N.B. - Qualora la presente sia inviata per posta è necessario trasmettere la fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.*