

Al Comune di

*(da inoltrare successivamente al  
Servizio Trasporti della  
PROVINCIA DI ROVIGO)*

**Oggetto:** **Agevolazioni di viaggio sui mezzi di trasporto pubblico locale.**  
Legge Regionale Veneto 30 luglio 1996, n. 19 e s.m.i..

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. civ. \_\_\_\_\_ telef. \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ (*invalido o pensionato*)

### CHIEDE

il **rilascio** della tessera decennale ai fini del riconoscimento delle agevolazioni di viaggio in oggetto precisate.

### SI IMPEGNA

a segnalare tempestivamente a Codesta Amministrazione comunale e alla Provincia di Rovigo qualsiasi variazione dei requisiti soggettivi che possa comportare la revoca delle agevolazioni concesse.

### A TAL FINE DICHIARA

di appartenere alla categoria sottosegnata (**spuntare la casistica interessata**):

- PENSIONATI NON CONIUGATI DI ETA' SUPERIORE AI 60 ANNI ( celibe,  nubile,  vedovo/a,  divorziato/a con sentenza passata in giudicato – indicare la categoria di appartenenza (*segue/barrare dichiarazione A*)
- PENSIONATI CONIUGATI DI ETA' SUPERIORE AI 60 ANNI (*segue/barrare dichiarazione B*)
- INVALIDI CIVILI E PORTATORI DI HANDICAP – grado di invalidità riconosciuto \_\_\_\_\_ (non inferiore al 67%) (*segue/barrare dichiarazione C*)
- INVALIDI DEL LAVORO – grado di invalidità riconosciuto \_\_\_\_\_ (non inferiore al 67%) (*segue/barrare dichiarazione C solo se inferiore all'80%*)
- MUTILATI E INVALIDI DI GUERRA – categoria \_\_\_\_\_ (dalla 1a alla 8a )
- INVALIDI PER SERVIZIO – categoria \_\_\_\_\_ (dalla 1a alla 8a )
- CIECHI CIVILI cecità assoluta e residuo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi (*segue/barrare dichiarazione C solo per i ciechi parziali*)
- SORDI (*segue/barrare dichiarazione C*)

Di essere in possesso della seguente posizione reddituale:

- A\* di percepire un trattamento economico da pensione non superiore al minimo INPS (**annualità 2024 = Euro 598,61**), esclusi gli importi integrativi di cui agli artt. 1, 2 e 6 della Legge 544/1988 e di essere privo di altri redditi propri con esclusione del reddito relativo alla casa di abitazione.
- B\* di percepire un trattamento economico da pensione non superiore al minimo INPS (**annualità 2024 = Euro 598,61**) e che 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 13 volte l'importo mensile in vigore al 1 gennaio di ciascun anno (**anno 2024= Euro 15.563,86**), esclusi gli importi integrativi di cui agli artt. 1, 2 e 6 della Legge 544/1988 ed il reddito relativo alla casa di abitazione.
- C\* di percepire un trattamento economico riconosciuto per l'invalidità (esclusa l'eventuale indennità di accompagnamento) non superiore a tre volte l'ammontare del trattamento minimo del Fondo pensioni lavoratori dipendenti calcolato in misura pari a 13 volte l'importo mensile in vigore al 1 gennaio di ciascun anno (**anno 2024 = Euro 23.345,79**).

*\*(barrare la lettera interessata).*

Quanto sopra dichiarato viene sottoscritto, ai sensi e per gli effetti del DPR del 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni in caso di mendace dichiarazione e della decadenza dei benefici conseguiti.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere consapevole che gli Uffici tratteranno i “*dati personali*” contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente per finalità attinenti le funzioni istituzionali, osservando i presupposti e i limiti anche di durata conformi al Regolamento UE 2016/679.

IL DICHIARANTE  
(o chi per esso)

....., li .....

Allegati:

- Una/Due fotografie recenti formato tessera riportante il nome dell'interessato sul retro;
- Documentazione aggiornata attestante il possesso dei requisiti di cui alla legge regionale in oggetto (fotocopia dell'**ultimo certificato di invalidità rilasciato dalla Commissione Medica** e, per la categoria degli invalidi civili, anche del verbale di accertamento dell'handicap L. 104/1992);
- Fotocopia di un valido documento d'identità del sottoscrittore.

Accertata l'identità del dichiarante mediante.....

.....

IL FUNZIONARIO INCARICATO

.....,li .....