

Da far pervenire entro e non oltre il 31.12.2016
 (per le domande spedite via posta farà fede la data del timbro postale di spedizione)

Spett.le
Ufficio Agevolazioni Tariffarie
Settore Trasporti
Provincia di Padova

Casella Postale Aperta
 35122 Padova

Oggetto: Agevolazione tariffaria "Famiglie numerose" – Adesione e richiesta rimborso quota abbonamento annuale extraurbano.

Il/La sottoscritto/a _____
 residente nel Comune di _____
 in via _____ n. _____ tel./cell _____
 e-mail _____ cod. fiscale _____

con riferimento all'iniziativa promossa dalla Provincia di Padova indicata in oggetto, come da avviso n. prot. 141988/16 del 25.10.2016

DICHIARA

1) di essere in possesso del/i seguente/i **abbonamento/i annuale/i** del servizio di **trasporto pubblico locale extraurbano su gomma (allegare fotocopia abbonamento/i):**

Cognome e Nome	Tipologia (barrare casella)	Abbonamento (barrare casella/e)	costo	Azienda di Trasporto
	<input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> lavoratore	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> suppl. scol.	<input type="checkbox"/> annuale € _____ <input type="checkbox"/> suppl. scol. € _____	
	<input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> lavoratore	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> suppl. scol.	<input type="checkbox"/> annuale € _____ <input type="checkbox"/> suppl. scol. € _____	
	<input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> lavoratore	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> suppl. scol.	<input type="checkbox"/> annuale € _____ <input type="checkbox"/> suppl. scol. € _____	
	<input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> lavoratore	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> suppl. scol.	<input type="checkbox"/> annuale € _____ <input type="checkbox"/> suppl. scol. € _____	
	<input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> lavoratore	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> suppl. scol.	<input type="checkbox"/> annuale € _____ <input type="checkbox"/> suppl. scol. € _____	

2) che l'indicatore della situazione economica equivalente (**ISEE in corso di validità**) della propria famiglia non è superiore a € 40.000,00 ed è di € _____ (**allegare copia**).

3) di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarà punito ai sensi del Codice Penale, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

Data

___/___/___

FIRMA

A TALE SCOPO CHIEDE

il rimborso della quota prevista per l'agevolazione in oggetto mediante:

accredito sul c/c bancario IBAN

Codice Paese	CIN Euro	CIN IT	ABI	CAB	N° CONTO CORRENTE

invio di assegno circolare all'indirizzo di residenza dichiarato.

Si ricorda che i dati personali raccolti dalla Provincia di Padova, verranno trattati, ai sensi della D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., ai soli fini istituzionali dell'Ente e per la gestione della presente iniziativa.

Data

___/___/___

FIRMA

N.B.: Non verranno accettate le domande prive della documentazione richiesta (fotocopia documento d'identità, fotocopia degli abbonamenti, modulo ISEE in corso di validità).