

Da far pervenire entro e non oltre il 31.10.2023
(per le domande spedite via posta raccomandata farà fede la data del timbro postale di spedizione)

Spett.le
Provincia di Padova – Servizio Trasporti e Mobilità
Ufficio Agevolazioni Tariffarie
piazza Bardella, 2
35131 Padova

oppure via PEC: protocollo@pec.provincia.padova.it

Oggetto: Agevolazione tariffaria “Famiglie numerose” – Adesione iniziativa e richiesta rimborso quota abbonamento annuale al servizio di trasporto pubblico locale su gomma.

Il/La sottoscritto/a _____

residente nel Comune di _____ CAP _____

in via _____ n. _____ tel./cell _____

e-mail _____ C.F. _____

con riferimento all’iniziativa promossa dalla Provincia di Padova indicata in oggetto, come da avviso n. prot. 16258/23 del 13.03.2023 e, a tal fine, ai sensi degli artt. 46, 47 e 48 del DPR 28.12.2000 n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo decreto per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1) che il/i componente/i del nucleo familiare riportato nell’ISEE allegato è/sono in possesso del/dei seguente/i **abbonamento/i annuale/i** del servizio di **trasporto pubblico locale su gomma** (allegare fotocopia abbonamento/i):

Cognome e Nome	Tipologia (barrare casella)	Abbonamento (barrare casella/e)	Costo (barrare casella/e)	Azienda di Trasporto
_____ _____	<input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> lavoratore <input type="checkbox"/> ordinario	<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"/> ordinario	<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"/> ordinario	<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"/> ordinario	<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 a conoscenza che l'iniziativa in parola non è cumulabile con altri contributi o agevolazioni concessi da altri Enti pubblici per la medesima finalità.
- 4) di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata al presente modulo.

Data
 ____/____/____

FIRMA

A TALE SCOPO CHIEDE

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

accredito sul c/c bancario (riportare IBAN)

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

Data
 ____/____/____

FIRMA

DOCUMENTI DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA:

- 1) fotocopia documento d'identità valido, anche il permesso di soggiorno in corso di validità per i soli utenti extracomunitari;**
- 2) fotocopia degli abbonamenti;**
- 3) modulo ISEE in corso di validità.**