

Quadro C

- Di dare mandato all'Ufficio di Piano dell'Ambito N13 di presentare e consegnare ad EAV la relativa istanza UNICAMPANIA e tutta la documentazione necessaria per l'emissione di detti titoli di viaggio e richiedere per conto dello scrivente la relativa agevolazione come individuata dalla Regione Campania;
- Di individuare la quota minima a proprio carico (soggetto in possesso di certificazione L. 104/92 art 3 comma 1-3, invalidità civile >74%, soggetti privi della vista e sordomuti di cui agli articoli 6 e 7 della Legge 2 aprile 1968, n.482) pari a €. 100,00 + €. 5,00 (*costo annuale abbonamento €. 211,70 + €. 5,00 tessera/€. 2,00 tessera rinnovo*)
(*allegare la ricevuta di pagamento intestata alla Tesoreria del Comune di Ischia in uno a MODELLO istanza UNICAMPANIA*).
- Di individuare la quota minima a proprio carico (anziano >65 anni) pari a €. 85,00 + €. 5,00 (€. 176,40 + €. 5,00 tessera/€. 2,00 tessera rinnovo)
(*allegare la ricevuta di pagamento intestata alla Tesoreria del Comune di Ischia in uno a MODELLO istanza UNICAMPANIA*).

DICHIARO

di essere consapevole che il venire meno del requisito dichiarato al Quadro B, determinando la decadenza dell'agevolazione, dovrà essere tempestivamente comunicato all'Ufficio di Piano, a mezzo comunicazione allo stesso indirizzo a cui viene presentata codesta istanza.

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

Io sottoscritt __ consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro di aver compilato i quadri A , B , C D del presente modello composto di pagine tre, e che quanto in essi espresso è vero ed accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti.

In esecuzione degli artt.10 e 11 della Legge 675/96, recante disposizioni a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, io sottoscritt __ fornisco il consenso al trattamento dei miei dati personali, oltre che per ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, anche per dare integrale esecuzione a tutti gli obblighi dell'agevolazione e sue eventuali integrazioni/evoluzioni.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000; potranno essere effettuati controlli sulla veridicità dei dati reddituali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle finanze.

Luogo/data, _____

Firma

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso).

La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso).

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE
DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome _____ Nome _____

Comune o Stato estero di nascita _____ prov. _____

Data di nascita _____ Comune di residenza _____ Prov. _____

CAP _____ Indirizzo e numero civico _____

Numero telefonico (facoltativo) _____

(Allegare fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore della presente dichiarazione)