

Ufficio destinatario  
Assistente sociale

***Ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale 11/08/2021, n. 1020***

|                    |        |                |                  |                             |              |                               |       |                          |     |
|--------------------|--------|----------------|------------------|-----------------------------|--------------|-------------------------------|-------|--------------------------|-----|
| Cognome            |        | Nome           |                  | Codice Fiscale              |              |                               |       |                          |     |
|                    |        |                |                  |                             |              |                               |       |                          |     |
| Data di nascita    |        | Sesso          | Luogo di nascita |                             | Cittadinanza |                               |       |                          |     |
|                    |        |                |                  |                             |              |                               |       |                          |     |
| Residenza          |        |                |                  |                             |              |                               |       |                          |     |
| Provincia          | Comune | Indirizzo      |                  | Civico                      | Barrato      | Scala                         | Piano | SNC                      | CAP |
|                    |        |                |                  |                             |              |                               |       | <input type="checkbox"/> |     |
| Telefono cellulare |        | Telefono fisso |                  | Posta elettronica ordinaria |              | Posta elettronica certificata |       |                          |     |
|                    |        |                |                  |                             |              |                               |       |                          |     |

**Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

l'emissione della certificazione per l'accesso alle agevolazioni tariffarie per i servizi di trasporto pubblico regionale e locale

- |                   |       |                  |                |
|-------------------|-------|------------------|----------------|
| Cognome           |       | Nome             | Codice Fiscale |
|                   |       |                  |                |
| Data di nascita   | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza   |
|                   |       |                  |                |
| in qualità di (*) |       |                  |                |
| Ruolo             |       |                  |                |
|                   |       |                  |                |

*In qualità di (\*):*  
*amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale*

[illegible]

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- ☒ di appartenere ad una delle seguenti categorie previste dalla Deliberazione della Giunta Regionale

Categoria (\*)

(\*) categorie previste dalla Deliberazione della Giunta Regionale (A1, A2, B, C, E, F, G, H, L)

- ☐ di possedere il seguente ISEE

Importo

€

Data di rilascio

Data di scadenza

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☒ fotografia in formato tessera
- ☐ documentazione attestante lo stato di invalidità
- ☐ documentazione attestante la condizione di lavoratore dipendente
- ☐ documentazione attestante il diritto ad asilo politico sul territorio dello Stato italiano
- ☐ copia del certificato medico attestante lo stato di gravidanza o certificato di nascita del figlio
- ☐ copia del patto di servizio
- ☐ documentazione attestante l'iscrizione a scuole pubbliche o parificate di ogni ordine e grado
- ☐ copia del documento di identità
- (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

San Severino Marche

Luogo

Data

Il dichiarante