

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov _____ il _____ età _____

residente a LEPORANO (TA) in _____ n. _____

Cod.Fisc. _____ tel. _____ e-mail _____

Doc. di identità _____ rilasciato da _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

CHIEDE IL RILASCIO

Dell'abbonamento di libera circolazione per i servizi di Trasporto Pubblico Locale su strada svolti da KYMA, con validità

ANNUALE MENSILE 7/7 (feriale e festivo) MENSILE 6/7 (solo feriale)

da intestare a me medesimo

al minore _____ di cui il richiedente esercita la potestà genitoriale

nato/a a _____ prov _____ il _____ età _____

residente a LEPORANO (TA) in _____ n. _____

Cod.Fisc. _____ Tel _____

DICHIARA

Al fine della individuazione della corretta categoria tariffaria, di essere (ovvero che il minore per il quale si chiede l'abbonamento è) alla data odierna

- lavoratore/lavoratrice dipendente presso _____ con reddito ISEE inferiore al minimo della pensione INPS
- disoccupato/a, iscritto/a nelle liste di disoccupazione presso la sezione circoscrizionale per l'impiego di _____ con reddito ISEE inferiore a € 10.632,95
- fruitore del trattamento di cassa integrazione guadagni quale dipendente dell'impresa _____ con reddito ISEE inferiore a € 10.632,95
- pensionato/a con reddito ISEE inferiore al minimo della pensione INPS
- appartenente alla categoria di invalidi civili o del lavoro, riconosciuta dalla Competente Autorità (specificare) _____ al quale sia stata accertata una invalidità in misura non inferiore al 50 % e con reddito ISEE inferiore minimo della pensione INPS
- studente della scuola dell'obbligo e/o della scuola secondaria superiore con reddito ISEE <= € 10.632,95
- non appartenente a (o di non voler essere compreso in) nessuna delle categorie sopra specificate
- che l'indicatore di reddito ISEE sopra specificato è conforme con l'**attestazione ISEE allegata alla presente, rilasciata da apposito CAF**
- che la percentuale di invalidità specificato è conforme con il **verbale allegato alla presente, rilasciata da apposita autorità sanitaria**

SI IMPEGNA

A dare tempestiva comunicazione di ogni variazione successivamente intervenuta a quanto dichiarato.

Luogo e data _____

Il/La Dichiarante _____

KYMA MOBILITÀ S.p.A., Titolare del trattamento, La informa che, ai sensi del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali, i Suoi dati saranno trattati per finalità di gestione della trattazione della presente procedura. Per conoscere nel dettaglio finalità, modalità del trattamento, soggetti che possono venire a conoscenza dei Suoi dati personali, esercizio dei suoi diritti, La invitiamo a consultare l'informativa estesa nella sezione dedicata del <https://www.iubenda.com/privacy-policy/65602925/full-legal>.

Luogo e data _____

Il/La Dichiarante _____