

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

CHIEDE

il rilascio **dell'abbonamento scolastico 2019 / 2020** per i sottoelencati studenti:

1) (Cognome e Nome) _____
 iscritto presso (Istituto o Facoltà) _____ di _____
 periodo set 2019-giu 2020 / ott 2019-lug 2020¹ tesserino di identità ATAP n° _____

2) (Cognome e Nome) _____
 iscritto presso (Istituto o Facoltà) _____ di _____
 periodo set 2019-giu 2020 / ott 2019-lug 2020¹ tesserino di identità ATAP n° _____

3) (Cognome e Nome) _____
 iscritto presso (Istituto o Facoltà) _____ di _____
 periodo set 2019-giu 2020 / ott 2019-lug 2020¹ tesserino di identità ATAP n° _____

A tal fine rilascia la presente autocertificazione sottoscritta da maggiorenne con capacità di agire ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

Addì _____ il/la sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ il _____
 e residente a _____ in (via/piazza) _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e nella piena consapevolezza di quanto disposto dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e dall'art.495 del C.P.

PARTE RISERVATA SOLO PER GLI STUDENTI FINO ALLE SCUOLE MEDIE SUPERIORI

(Barrare per conferma ed accettazione dei requisiti)

1. che i sopraelencati studenti fanno tutti parte dello stesso nucleo familiare²;
2. che i sopraelencati studenti sono iscritti agli Istituti scolastici indicati, compresi nella Fascia fino alla Scuola Media Superiore.

PARTE RISERVATA SOLO PER GLI STUDENTI UNIVERSITARI

(Barrare per conferma ed accettazione dei requisiti)

1. che i sopraelencati studenti fanno tutti parte dello stesso nucleo familiare²;
2. di non avere compiuto il ventisettesimo anno di età;
3. di essere regolarmente iscritto per l'anno 2019 / 2020 al seguente Ateneo Universitario
 presso la Facoltà di _____

¹ Barrare la parte che non interessa

² Compilare la tabella **NUCLEO FAMILIARE**

NUCLEO FAMILIARE

(Riportare per ciascun membro costituente il nucleo familiare cognome e nome, codice fiscale, grado di parentela ad esempio padre, madre, fratello, ecc. ed il numero di tesserino di identità ATAP valido se ne possiede uno)

Cognome e Nome	Codice fiscale	Grado di parentela	Tesserino di identità ATAP n°

La presente autocertificazione viene redatta al fine di ottenere agevolazioni tariffarie, concesse per il trasporto pubblico locale, previste e deliberate dalla Regione Friuli Venezia Giulia.

ACCONSENTE

Il contenuto del presente documento potrà essere utilizzato ai fini del controllo sulla veridicità della dichiarazione sottoscritta ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 (T.U. pubblicato sulla G.U. n°42 del 20/02/2001).

Data _____

Il dichiarante _____

Consenso sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. Si rilascia il consenso al trattamento dei dati personali per il completamento della pratica a norma del GDPR 679/2016.

Data _____

Firma _____

Esente da Imposta di bollo ai sensi art. 37 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e art. 14 tab. B) D.P.R. 642/72.

N.B. Allegare fotocopia documento di identità valido del dichiarante (chi firma la dichiarazione).