

**Da far pervenire entro e non oltre il 31.12.2017**  
(per le domande spedite via posta farà fede la data del timbro postale di spedizione)

Spett.le  
Provincia di Padova – Settore Trasporti  
Ufficio Agevolazioni Tariffarie

Casella Postale Aperta  
35122 Padova

oppure via PEC: [protocollo@pec.provincia.padova.it](mailto:protocollo@pec.provincia.padova.it)

**Oggetto: Agevolazione tariffaria “Famiglie numerose” – Adesione e richiesta rimborso quota abbonamento annuale extraurbano.**

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.

97720/17 del 22.09.2017

**DICHIARA**

1) di essere in possesso del/i seguente/i **abbonamento/i** annuale/i del servizio di **trasporto pubblico locale extraurbano su gomma (allegare fotocopia abbonamento/i):**

Cognome e Nome	Tipologia (barrare casella)	Abbonamento (barrare casella/e)	costo	Azienda di Trasporto
	<input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> lavoratore	<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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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**).

