**Al Comune di Pantelleria**

**Piazza Cavour, 15**

[***agevolazionitariffarie@comunepantelleria.it***](mailto:agevolazionitariffarie@comunepantelleria.it)

**OGGETTO: RICHIESTA GRATUITA’ E/O AGEVOLAZIONI TARIFFARIE**

Il/La sottoscritt…………………………………………………………………………………………………………………………………

Nato/a a…………………………………………………………………..il …………………………………………………………………….

Residente a Pantelleria in via ……………………………………………………………………………………..

Tel/Cell………………………………………………………………N. Carta Identità………………………………………………….

Scadenza…………………………………… C.F……………………………………………………………………………………………..

Indirizzo mail…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**CHIEDE**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle competenze civili e penali derivanti da dichiarazioni mendaci e/o incomplete, ai sensi del DPR 445/2000

Per la tratta aerea:

(indicare con una “x” la tratta di interesse e le voci sottostanti)

* Pantelleria/Palermo e viceversa;
* Pantelleria/Trapani e viceversa;
* Pantelleria/Catania e viceversa;

**L’accesso al biglietto**

* **Gratuità**
* Affetto da grave patologia
* Disabile grave
* Gestante
* Con accompagnatore
* Senza accompagnatore

**L’accesso al biglietto**

* **Agevolazione Tariffaria**
* Studente fuori sede
* Atleta
* Atleta di minore età
* Con tecnico accompagnatore
* Accompagnatore di atleta di minore età

Si allegano i seguenti documenti:

* fotocopia fronte retro della Carta d’Identità e del codice fiscale;
* certificato rilasciato dal medico di famiglia **attestante la grave patologia o la grave disabilità;** (da cui si evince la necessità di una assistenza continua e permanente)**\***;
* certificato rilasciato dal medico di famiglia attestante il motivo per cui la patologia, non può essere curata a Pantelleria;
* certificato rilasciato dal medico di famiglia che attesti lo stato di gravidanza e che la prestazione non è erogabile a Pantelleria;
* Certificato di iscrizione a istituto scolastico o Università in località diversa da Pantelleria;
* Versamento quota di iscrizione alla gara sportiva.

**\*(da presentare una sola volta nel caso di visite o somministrazione di terapia per lunghi periodi)**

**Luogo e data……………………………………………………..,**

**IL RICHIEDENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all’informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PANTELLERIA, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_