

D	<input type="checkbox"/>	privo di vista per cecità assoluta o con residuo visivo non superiore a un decimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione come da certificazione ASL allegata rivedibile entro il <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ovvero <input type="checkbox"/> ILLIMITATA
E	<input type="checkbox"/>	invalido di guerra, civile di guerra e per servizio, iscritto alla prima, seconda e terza categoria della tabella A) allegata alla legge 18 marzo 1968, n. 113 e successive modificazioni;
F	<input type="checkbox"/>	invalido civile o portatore di handicap certificato dall'autorità competente, con accertamento di invalidità in misura non inferiore all'80% come da certificazione ASL allegata rivedibile entro il <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ovvero <input type="checkbox"/> ILLIMITATA
G	<input type="checkbox"/>	invalido del lavoro certificato dall'autorità competente, con accertamento di invalidità in misura non inferiore al 70 per cento come da certificazione INAIL allegata rivedibile entro il data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ovvero <input type="checkbox"/> ILLIMITATA

per le categorie **D, E, F e G**, che in proprio favore è stato riconosciuto il diritto all'accompagnatore: **SI** **NO**

per le categorie **D, E, F e G** di chiedere l'accesso alle gratuità previste dall'art. 30 comma 3 della Legge Regione Puglia n° 18 del

31.10.2002 per motivi di: LAVORO STUDIO ASSISTENZA SANITARIA

ALLEGA

- N° 2 fotografie formato tessera (solo per la richiesta di rilascio di nuova tessera)
- Fotocopia del documento di identità del richiedente o di chi ne esercita la patria potestà
- Per la categoria **A, B e C** Fotocopia attestato ISEE *in corso di validità rilasciato dall'INPS*
- Per le categorie **D, E, F e G**, a seconda della categoria di appartenenza, copia dei seguenti certificati:
- Per la categoria **D** fotocopia della certificazione ASL priva della diagnosi medica attestante la cecità assoluta ovvero il residuo visivo non superiore a un decimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione.
 - Per la categoria **E** fotocopia del Decreto Ministeriale attestante il diritto alla pensione o fotocopia del libretto di pensione.
 - Per la categoria **F** fotocopia della certificazione ASL priva della diagnosi medica attestante la percentuale di invalidità.
 - Per la categoria **G** fotocopia della certificazione INAIL priva della diagnosi medica attestante la percentuale di invalidità.

Lecce, li / /

.....
Firma per esteso del richiedente (o di chi esercita la patria potestà)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 comma 1 c.c. il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto e preso in visione il documento contenente le **NORME E CONDIZIONI PER L'ACCESSO ALLE AGEVOLAZIONI E ALLE GRATUITA' TARIFFARIE E PER L'USO DELL'ABBONAMENTO A TARIFFA AGEVOLATA O GRATUITO**. Dichiara, altresì, di essere a conoscenza delle condizioni di viaggio previste dai regolamenti Aziendali e Comunali e con la sottoscrizione del presente atto si impegna ad osservarle.

Lecce, li / /

.....
Firma per esteso del richiedente (o di chi esercita la patria potestà)

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

Con riferimento ai dati personali acquisiti e alla domanda di rilascio o convalida della tessera personale di riconoscimento per l'accesso alle agevolazioni e alle gratuità tariffarie del servizio di trasporto pubblico urbano della città di Lecce, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. si rende necessaria la seguente informativa:

- Le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati sono necessarie allo svolgimento del servizio richiesto. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale e informatizzato;
- Nonostante il conferimento di tali dati abbia natura facoltativa, lo stesso costituisce presupposto indispensabile per l'instaurazione e lo svolgimento dei rapporti cui la stessa acquisizione è finalizzata. In caso di mancato consenso al trattamento dei dati la SGM non potrà procedere al rilascio o convalida della tessera;
- I dati personali e sensibili raccolti da SGM non saranno oggetto di diffusione ma potranno essere comunicati agli incaricati del trattamento dati di SGM, ad altre Pubbliche Amministrazioni o altri Enti competenti autorizzati nei casi previsti dalla legge e con le modalità al riguardo consentite; in particolare sono previste comunicazioni alla Pubblica Amministrazione competente al fine di verificare quanto dichiarato dall'interessato ai sensi, per gli effetti e con le modalità di cui agli artt. 43 e 71 del DPR 445/2000;
- La persona fisica cui si riferiscono tali dati ha facoltà di esercitare, riguardo all'esistenza ed al trattamento degli stessi, i diritti previsti dagli artt. 7 e seguenti del D. Lgs. 196/03, secondo le modalità contemplate dalle relative disposizioni;
- Il titolare del trattamento è SGM SpA, con sede in Via S.P. Lecce-Vernole Km 1,5 – 73100 Lecce nella persona del Legale Rappresentante. Il Responsabile del Trattamento è il Direttore dell'esercizio.

In relazione ai dati forniti il sottoscritto dichiara di acconsentire al trattamento dei dati nei termini sopra descritti.

Lecce, li / /

.....
Firma per esteso del richiedente (o di chi esercita la patria potestà)

In riferimento all'invio di materiale promozionale riguardante i servizi di SGM: ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Lecce, li / /

.....
Firma per esteso del richiedente (o di chi esercita la patria potestà)

Spazio riservato ad SGM Preso atto della dichiarazione, esaminata la documentazione, si accetta la domanda.

L'addetto Lecce, li / /

**RICEVUTA CONSEGNA MODULO DI DOMANDA PER IL RILASCIO O LA
CONVALIDA DELLA TESSERA PERSONALE DI RICONOSCIMENTO**
PER L'ACCESSO ALLE AGEVOLAZIONI E ALLE GRATUITA' TARIFFARIE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO PUBBLICO
URBANO DELLA CITTA' DI LECCE

Si attesta che il/la Signor/a

Cognome

Nome

SPAZIO RISERVATO AD SGM

ha consegnato in data / / presso gli uffici di SGM il **MODULO DI DOMANDA PER IL RILASCIO O LA CONVALIDA DELLA TESSERA PERSONALE DI RICONOSCIMENTO.**

Timbro

Firma dell'Addetto.....

DELEGA PER IL RITIRO DELLA TESSERA PERSONALE DI RICONOSCIMENTO

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

DELEGA

il/la Signor/a

Cognome

Nome

nato/a a

Data di nascita

g g m m a a

Residente in Via/Piazza

N. civico

C.A.P.

Comune

Prov.

Tipo documento

Numero

Al ritiro, per proprio ordine e conto, della Tessera di Riconoscimento Personale. Allo scopo allega fotocopia di un proprio documento di identità in corso di validità.

Firma dell'intestatario della Tessera di Riconoscimento