

Divisione Passeggeri Regionale
Direzione Regionale Toscana

Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445

Rimborso dell'abbonamento per mancato o parziale utilizzo per emergenza Covid-19 (ai sensi dell'art. 215 DL n. 34/2020 convertito con Legge n. 77/2020 e della DGR Regione Toscana 1143/2020)

Il/la Sottoscritto/a _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

telefono (facoltativo) _____ e-mail _____

Da barrare alternativamente:

con riferimento al proprio abbonamento n.....

(da barrare/compilare solo in caso in cui l'abbonamento sia intestato ad un minore) con

riferimento all'abbonamento n. _____ intestato a _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

consapevole delle sanzioni penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (richiamati dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

ai fini del ristoro previsto dall'art. 215 del DL 19 maggio 2020, n. 34 convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77 e in ottemperanza alla DGR 1143/2020 della Regione Toscana:

- (da compilare solo in caso in cui l'abbonamento sia intestato ad un minore) di essere genitore/tutore di _____



- **che non è stato possibile usufruire dal _____ al _____ dell'abbonamento n. _____ con origine nella stazione di _____ e destinazione nella stazione di _____**

- settimanale valido nel periodo dal _____ al _____
- mensile valido nel periodo dal _____ al _____
- annuale, valido nel periodo dal _____ al _____

- **che l'abbonamento non è stato utilizzato in conseguenza dei provvedimenti attuativi delle misure di contenimento previste dall'art. 1 del decreto-legge 23 febbraio 2020 n. 6, convertito con modificazioni dalla legge 5 marzo 2020, n. 13, o dall'art. 1 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19:**

- ricovero per Covid-19, quarantena o permanenza domiciliare fiduciaria dal _____ al _____
- divieto di spostamento in ambito regionale
- misura di contenimento legata all'attività lavorativa:
 - Se attività d'impresa indicare il luogo presso cui si lavora: _____
 - Se in rapporto di dipendenza o altro titolo indicare il datore di lavoro: _____
- sospensione dei servizi delle istituzioni scolastiche ed universitarie; indicare nome e luogo presso cui si trova l'Istituto: _____

A tal fine allega:

- la documentazione comprovante il possesso dell'abbonamento in corso di validità durante il periodo sopraindicato
- copia del documento di identità del dichiarante (salvo il caso in cui la dichiarazione sia firmata in presenza del dipendente addetto a riceverla)

(luogo) _____, (data).....

Firma (per esteso e leggibile) del titolare dell'abbonamento o del genitore/tutore se il titolare dell'abbonamento è minorenne
