

Alla Francigena S.r.l.
Via S. Biele n. 22
01100 Viterbo

**RICHIESTA DI ABBONAMENTO PER LE
LINEE DI TRASPORTO PUBBLICO URBANO COMUNALE**

__l__ sottoscritt__ _____ ,
nat__ a _____ provincia di (sigla) _____ ,
il ____ / ____ / _____ , C.F. _____ ,
residente in _____ provincia di (sigla) _____ ,
via/piazza/etc. _____ n. _____ , tel. _____ ,

RICHIEDE

il rilascio in favore di (*indicare il nome e cognome dell'intestatario dell'abbonamento qualora questo venga richiesto a favore di persona diversa dal richiedente*) _____

dal mese di _____ (incluso) dell'anno _____

al mese di _____ (incluso) dell'anno _____

del seguente titolo di viaggio (nell'ambito del sistema tariffario da ultimo approvato con Del. del C.C. n. 85 del 30/05/2003)

(*barrare il solo abbonamento richiesto*)

TARIFFE ORDINARIE (costo per un mese)

Abbonamento mensile intera rete (30 gg.) € **25,00**

Abbonamento mensile circolari A+B (30 gg.) € **23,00**

TARIFFE RIDOTTE (costo per un mese)

Abbonamento mensile intera rete (30 gg.)
(fascia oraria 9.00/19.00), € **11,00**

solo per le seguenti categorie di aventi diritto:

- sordomuti,
- pensionati di età superiore ai 60 anni provvisti di pensione integrata al trattamento minimo dell'Inps purché non possessori di altri redditi,
- invalidi civili permanenti con invalidità non inferiore al 67%;

Abbonamento mensile intera rete (30 gg.) € **16,00**
solo per le fasce orarie 9.30-12.30 e 16.00-19.00;

Abbonamento mensile intera rete (30 gg.) € **16,00**
solo per studenti delle scuole (di ogni ordine e grado);

Abbonamento mensile intera rete (30 gg.) € **7,00**
solo per le seguenti categorie aventi diritto:

- mutilati, grandi invalidi ed invalidi di guerra di 1^a categoria, con eventuale accompagnamento,
- invalidi del lavoro con invalidità non inferiore al 67%, con eventuale accompagnamento,
- invalidi per servizio fino alla 2^a categoria, con eventuale accompagnamento;
- non vedenti assoluti o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale accompagnamento,
- non vedenti con residuo visivo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione di lenti,
- soggetti residenti di età superiore ai 70 anni;

*ricorrendo la condizione di cui all'autocertificazione ed
edotto/a delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di false dichiarazioni personali*

DICHIARA

(*per le sole richieste di tariffe ridotte*) che l'intestatario dell'abbonamento si trova nella seguente condizione:

_____ ,

AUTORIZZA

il trattamento dei dati di cui sopra ai sensi e nei modi di cui alla legge 675/96 sulla riservatezza dei dati personali

Luogo _____, data _____

Firma (*leggibile*) _____

Allega: ricevuta originale del bollettino postale di versamento;

fotocopia firmata del documento d'identità del richiedente e (*se diverso, anche*) di quello dell'intestatario dell'abbonamento.