



## RICHIESTA TESSERA DI RICONOSCIMENTO A.M.T.

Il/la sottoscritto/a (Cognome) \* .....

(Nome) \* .....

Nato/a a \* ..... il \* .....

Domiciliato/a a \* .....

(Via, Numero, C.A.P., Località)

Telefono ..... Email \*\* .....

### Chiede una tessera di riconoscimento A.M.T. come

A Pensionato (entro i minimi INPS)

C Casalinga

B Pensionato (sopra i minimi INPS)

C Senior

B Studente residente

D Lavoratore dipendente

B Studente non residente

AL Alibus

B Universitario non residente

H Disoccupato

C Invalido (Invalidità  % ) (Categoria dalla 1° alla 8°  )  
 civile  di guerra  del lavoro

Ex combattente

### Tenuto conto che per tutte le tipologie di abbonamento occorre osservare le seguenti norme:

- 1) La tessera di riconoscimento A.M.T. è strettamente personale, non cedibile, dà diritto alla libera circolazione sull'intera rete escluso **ALIBUS**.
- 2) In caso di controllo la tessera di riconoscimento A.M.T. deve essere esibita.
- 3) I viaggiatori che sui mezzi A.M.T. verranno trovati sprovvisti di valido titolo di viaggio dovranno pagare il prezzo del biglietto minimo e un'ammenda pari a 60 volte il prezzo del biglietto di corsa semplice.
- 4) Non è previsto il rimborso dell'abbonamento acquistato.

**RILASCIATA TESSERA NUMERO**

#### N.B.

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

Il campo contrassegnato con \*\* è obbligatorio solo se la tessera è richiesta on line.

Spazio Riservato All'Ufficio

Documento:

Il/la sottoscritta/a \* ..... consapevole delle sanzioni penali previste da D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e alla legge 12/11/2011 n.183 e s.m.i., per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

a) di essere residente \* .....  
(Via, Numero, C.A.P., Località)

b) di avere nel proprio stato di famiglia le seguenti persone a carico:

|   |   |     |
|---|---|-----|
| 0 | 1 | più |
|---|---|-----|

c) di possedere quale reddito mensile, comprensivo di pensione, ed eventuali altri redditi (immobili, ect.)

d) di possedere quale unico reddito quello della pensione:

|    |    |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

e) di essere invalido civile o di lavoro con percentuale pari al  
oppure di guerra nella categoria

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

f) di essere iscritto nelle liste dei disoccupati

|    |    |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

g) di essere casalinga coniugata e disoccupata

|    |    |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

h)          di essere iscritto  
che il proprio figlio è iscritto nella seguente scuola o università

(Nome, indirizzo, località della Scuola o Università)

i) di essere lavoratore dipendente

presso

l) di aver partecipato ad azioni belliche

|    |    |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

Il/la sottoscritta/a, nel trasmettere in allegato n. 1 fotografia formato tessera, si impegna a versare € 2,00 allo sportello al momento del ritiro della tessera oppure mediante versamento sul conto corrente postale n. 17531955 intestato a A.M.T. Catania S.p.A. XIII Strada Zona Industriale Catania.

\* Autorizzo al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti del D. L.gs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 679 del 2016 e s.m.i. L'informativa completa può essere visionata alla pagina [Privacy Policy](#). I dati personali raccolti verranno trattati unicamente ai fini dell'espletamento degli obblighi contrattuali derivanti dalla richiesta del servizio "Rilascio Tessera di Riconoscimento".

N.B. La domanda può essere sottoscritta in presenza del funzionario incaricato oppure inviata già firmata, in tal caso occorre allegare la fotocopia di un valido documento di riconoscimento. Se il richiedente non ha raggiunto la maggiore età l'autocertificazione deve essere firmata da chi esercita la patria potestà di cui dovrà allegarsi la fotocopia di un valido documento di riconoscimento.

Data ..... Firma .....