



COMUNE DI  
**TAVAGNACCO**

**Area Sociale**  
**Servizi alla Persona**

Piazza Indipendenza, 1 - 33010 Feletto Umberto (UD)  
Tel. 0432.577311 - [tavagnacco@postemailcertificata.it](mailto:tavagnacco@postemailcertificata.it)  
[sociale@comune.tavagnacco.ud.it](mailto:sociale@comune.tavagnacco.ud.it)  
[www.comune.tavagnacco.ud.it](http://www.comune.tavagnacco.ud.it)

Esente da bollo ai sensi dell'articolo  
14 della Tabella – Allegato B, D.P.R.  
n. 642/1972 e  
dell'articolo 37 del DECRETO DEL  
PRESIDENTE DELLA  
REPUBBLICA  
28 dicembre 2000, n. 445

**Al Comune di Tavagnacco**  
**Servizio alla Persona**  
**Piazza Indipendenza,1**  
**33010 TAVAGNACCO (UD)**

**Oggetto: Richiesta assegnazione Buoni taxi 2° semestre 2026 e dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio ad uso della pubblica amministrazione (art. 46 e 47 d.p.r. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome)

nato/a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Pec (se posseduta) \_\_\_\_\_ indirizzo digitale INAD (se posseduto) \_\_\_\_\_

Per conto di \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_  
(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome)

nato/a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Pec (se posseduta) \_\_\_\_\_ indirizzo digitale INAD (se posseduto) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'erogazione di Buoni Taxi per: **(barrare le caselle che interessano)**

- Spostamenti con mezzi "normali"
- Spostamenti con mezzi "speciali"
- In forma occasionale presso: **(specificare luogo e indirizzo)**
- Strutture sanitarie \_\_\_\_\_
  - Luogo di lavoro/studio \_\_\_\_\_
  - Uffici pubblici/farmacie/CAAF \_\_\_\_\_
- In forma continuativa presso: **(specificare luogo e indirizzo)**
- Strutture sanitarie \_\_\_\_\_

- Luogo di lavoro/studio \_\_\_\_\_
- Uffici pubblici/farmacie/CAAF \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti e consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

### DICHIARA

<b>1</b>	- di essere residente nel Comune di Tavagnacco;
<b>2</b>	<p>- di essere (<i>barrare la casella che interessa</i>):</p> <p><input type="checkbox"/> Cittadino italiano</p> <p><input type="checkbox"/> Cittadino dell'Unione Europea</p> <p><input type="checkbox"/> Cittadino di paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, ovvero cittadino di paesi terzi titolare del diritto di soggiorno o diritto di soggiorno permanente e familiare di un cittadino italiano o dell'Unione Europea o apolide</p> <p><input type="checkbox"/> Titolare di protezione internazionale</p> <p>Qualora sia stata barrata la casella "<i>Cittadino di paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, ovvero cittadino di paesi terzi titolare del diritto di soggiorno o diritto di soggiorno permanente e familiare di un cittadino italiano o dell'Unione Europea o apolide</i>" oppure "<i>Titolare di protezione internazionale</i>", compilare i seguenti campi:</p> <p>Numero del permesso _____ data di rilascio (gg/mm/aaaa) _____</p> <p>Data di scadenza (gg/mm/aaaa) _____</p> <p>Ente che ha rilasciato il permesso _____</p> <p><input type="checkbox"/> (nel caso in cui il permesso sia scaduto) di aver richiesto rinnovo del permesso di soggiorno in data _____</p>
<b>3</b>	<p>- di essere (<i>barrare la casella che interessa</i>):</p> <p><input type="checkbox"/> in possesso di un'attestazione attestazione ISE/ISEE in corso di validità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• attestazione ISEE n. _____</li> <li>• ISE € _____ ISEE ordinario € _____ ISEE di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159 € _____</li> <li>ISEE nucleo ristretto € _____ ISEE corrente € _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> in attesa della attestazione ISE/ISEE avendo presentato la DSU (<i>specificare nome e indirizzo del CAF o altro soggetto a cui è stata presentata la DSU</i>) _____</p> <p>in data _____</p>
<b>4</b>	<p>- di essere in possesso del certificato di invalidità e/o certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. n. 104/92 rilasciata da _____ in data _____</p> <p>- di necessitare (<i>barrare la casella che interessa</i>):</p> <p><input type="checkbox"/> dell'utilizzo di mezzi pubblici per motivi di salute (<i>solo per coloro che richiedono i buoni taxi per spostamento con mezzi "normali"</i>);</p> <p><input type="checkbox"/> dell'utilizzo di mezzi "speciali", in quanto persona non deambulante (allettata o in carrozzina manuale o elettrica);</p>
<b>5</b>	<p>(<i>da compilare solo per le parti che interessano da coloro che chiedono i buoni taxi per recarsi in luoghi di lavoro o di studio</i>):</p> <p><input type="checkbox"/> di prestare la propria attività lavorativa presso _____</p> <p>in via/p.zza _____ n. _____ a _____</p> <p><input type="checkbox"/> di essere iscritto al corso di istruzione/formazione tenuto da _____</p> <p>in via/p.zza _____ n. _____ a _____</p>
<b>6</b>	- di impegnarsi a utilizzare i Buoni Taxi ricevuti, nel rispetto delle disposizioni indicate dalle Linee guida per l'erogazione dei Buoni Taxi che dichiara di conoscere e le altre disposizioni contenute nel bando per l'assegnazione dei buoni taxi;

7	<p>- di essere a conoscenza che i buoni taxi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ dovranno essere utilizzati esclusivamente per recarsi presso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• strutture sanitarie, riabilitative, Centri Diurni, Centri di salute mentale, Sert e Comunità site in qualsiasi comune della Regione Friuli Venezia Giulia;</li> <li>• luoghi di lavoro o di studio siti nel territorio comunale di Tavagnacco o di Udine;</li> <li>• Uffici pubblici, Farmacie e CAAF siti sul territorio comunale di Tavagnacco o dei Comuni limitrofi;</li> </ul> </li> <li>✓ non possono essere utilizzati per recarsi presso quelle strutture ove il servizio di trasporto sia già garantito dalla normativa vigente (es. emodializzati, trasporto da e per CSRE);</li> <li>✓ possono essere utilizzati solo per il servizio di trasporto con tassisti convenzionati;</li> <li>✓ sono personali e non sono cedibili;</li> <li>✓ non sono cumulabili e rimane comunque a carico del titolare dei buoni taxi il pagamento direttamente al taxista, dell'eventuale differenza tra il prezzo della corsa ed il valore del buono taxi;</li> <li>✓ non possono essere convertiti in denaro o non danno diritto a ricevere alcuna somma di denaro;</li> <li>✓ devono essere compilati in ogni loro parte ivi compresa la parte relativa alla destinazione prima di essere consegnati al taxista ed il Comune di Tavagnacco potrà effettuare controlli per verificare la veridicità di quanto riportato sul buono Taxi;</li> </ul> <p>- di essere inoltre a conoscenza che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ i buoni taxi del secondo semestre 2026 potranno essere utilizzati fino al 31/12/2026;</li> <li>✓ per l'utilizzazione dei buoni taxi "speciali", il richiedente dovrà concordare direttamente con la ditta specializzata le modalità di erogazione del servizio, contattando la ditta almeno 2/3 giorni prima della data prevista per l'intervento e richiedendone contestualmente un preventivo di spesa al fine di ovviare spiacevoli inconvenienti.</li> </ul>
8	<p>Allega (solo nel caso la presente domanda non venga sottoscritta alla presenza del dipendente addetto a riceverla):</p> <p><input type="checkbox"/> <b>fotocopia o scansione di un documento di riconoscimento in corso di validità</b> (solo se la domanda non venga sottoscritta in presenza del dipendente addetto o venga sottoscritta digitalmente o con altro tipo di firma elettronica qualificata ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e s.m.i.)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>certificato di invalidità e/o certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. n. 104/92 rilasciata dall'Azienda Sanitaria per i Servizi Sanitari.</b></p>

**AUTORIZZA** la ricezione della presente istanza mediante l'utilizzo del seguente indirizzo email/pec:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(da compilare nel caso di domande inviate con mail/pec diversa da quella sopra riportata)

**CHIEDE**, altresì, che tutte le comunicazioni riferite alla presente istanza vengano inviate all'indirizzo email/pec di seguito indicato:

email		
pec		

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2026      Firma del dichiarante\* \_\_\_\_\_

**\* L'autenticità della sottoscrizione di qualsiasi istanza o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da produrre ad organi della pubblica amministrazione è garantita con le modalità di cui agli artt. 21 e 38 del D.P.R. 445/2000 ossia mediante sottoscrizione in presenza del dipendente addetto oppure con sottoscrizione e contestuale trasmissione di una copia fotostatica non autenticata o scansione di un valido documento di riconoscimento del sottoscrittore. NON è necessario allegare il documento di riconoscimento se la domanda è sottoscritta digitalmente o con altro tipo di firma elettronica qualificata ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e s.m.i.**

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO:**

Si attesta che l'istanza di cui sopra, contenente dichiarazioni sostitutive di certificazioni e dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà è stata sottoscritta in mia presenza, all'atto dell'inoltro, dall'interessato/a riconosciuto/a come tale:

- In seguito ad esibizione carta d'identità n.: \_\_\_\_\_
- In seguito ad esibizione patente di guida n.: \_\_\_\_\_

- In seguito ad esibizione altro documento: \_\_\_\_\_
- Per conoscenza personale

Feletto Umberto, \_\_\_\_\_

L'impiegato addetto \_\_\_\_\_

**Informativa sul trattamento dei dati personali - ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679/UE, (RGPD - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati).** Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, il Comune informa che i Suoi dati personali sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per fini istituzionali, per gestire gli adempimenti istruttori ed amministrativi previsti nel presente procedimento e per adempiere a prescrizioni previste dalle legge, nonché per finalità di verifica autocertificazioni, pubblicazione in albo pretorio o amministrazione trasparente e per archiviazione e conservazione entro i tempi previsti dalla legge. I trattamenti sopra descritti sono leciti ai sensi dell'Art. 6 comma 1 lett. C ed E del GDPR. Responsabile interno del trattamento dei suoi dati è il Funzionario Posizione Organizzativa dell'Area Sociale. Gli interessati possono esercitare in ogni momento i diritti previsti dal Regolamento UE 679/16, con la modulistica a disposizione nel sito web istituzionale. I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati (DPO) nonché il modello completo di informativa sono disponibili sul sito web del Comune di Tavagnacco.