

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETÀ *

artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

** la dichiarazione deve essere compilata dal beneficiario ove maggiorenne, da uno dei genitori esercente la patria potestà se il beneficiario è minorenn*

(Tutti i campi sono obbligatori)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____

Telefono/ Cell. _____

E-Mail _____

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dai benefici ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. 445/2000,

consapevole altresì della possibilità di poter accedere alle tariffe liberamente determinate dal vettore ("open"), perdendo però i diritti connessi all'acquisto di biglietti a tariffe agevolate (rimborsi, priorità, bagagli, ecc.),

- Per sé stesso/a
o
- Per il/la proprio/a figlio/a minorenn di nome

DICHIARA

di voler usufruire di una tariffa agevolata e di possedere, alla data del viaggio, uno dei requisiti previsti dal regime di continuità territoriale per l'accesso alle tariffe agevolate di cui al D.M. n. 213/2025.

IN PARTICOLARE DICHIARA DI APPARTENERE ALLA CATEGORIA

A) RESIDENTI ED EQUIPARATI **

("residents & co.")

**** le categorie "residente" "bambino", "ragazzo", "giovane" e "anziano" possono non presentare la presente autocertificazione, ma dovranno essere muniti all'imbarco di valido documento di identità (e residenza se utile ai fini della tariffa)**

E DI ESSERE

(barrare l'opzione corrispondente alla condizione posseduta):

Residente in Sardegna;

- che il/la proprio/a figlio/a è
- Bambino/a ***, ovunque residente, di età inferiore a 2 anni
 - Ragazzo/a ***, ovunque residente, di età superiore a 2 e inferiore a 14 anni;
 - Ragazzo/a ***, ovunque residente, di età superiore a 14 e inferiore a 18 anni;
- Giovane di età compresa tra 18 e 21 anni, ovunque residente;
- Anziano con età almeno pari a 70 anni, ovunque residente;
- Persona con disabilità, ovunque residente, con invalidità almeno pari all'80% attestata da verbale rilasciato dalla Commissione medica, allegato alla presente;
- Accompagnatore, ovunque residente, viaggiante nel medesimo volo di persona con disabilità, la cui necessità sia prevista dalla documentazione medica della persona accompagnata. I dati della persona con disabilità sono:
- Nome e cognome
- Data e Luogo di nascita
- Studente universitario, ovunque residente, di età inferiore a 27 anni, iscritto presso l'Università di
(*indicare nome e sede dell'Università*);
- Militare, ovunque residente, con comprovata assegnazione di sede stabile e continuativa di lavoro in Sardegna presso
(*indicare il Corpo di assegnazione*) nella sede di (*indicare la sede di assegnazione*);
- Lavoratore dipendente, ovunque residente, con comprovata assegnazione di sede stabile e continuativa di lavoro in Sardegna presso
(*indicare il datore di lavoro*) nella sede di (*indicare la sede di assegnazione*);
- Atleta agonista non professionista, ovunque residente, cartellinato presso una società sportiva con sede in Sardegna presso (*indicare la Società sportiva*), nella sede di (*indicare la sede della Società*);

***** i bambini: da 0 a 2 anni non compiuti, volano gratis se non occupano un autonomo posto a sedere; dai 2 fino ai 14 anni non compiuti, fruiscono della tariffa "Residents & Co." scontata del 30%**

OVVERO DICHIARA DI APPARTENERE ALLA CATEGORIA

B) NON RESIDENTI LAVORATORI, PARENTELA, ASSISTENZA
("working & parental")

E DI ESSERE

(barrare l'opzione corrispondente alla condizione posseduta):

Persona che si reca per lavoro in Sardegna, con qualifica di
(indicare la qualifica lavorativa) per svolgere l'attività di
..... *(precisare l'attività: es. relatore convegno,*
udienza giudiziaria, sopralluogo, riunione, etc.) presso *(indicare*
società/istituzione/ufficio/etc. e indirizzo presso il quale sarà svolta l'attività), il giorno
.../.../....., alle ore;

Parente, ovunque residente,

- di primo grado, nella qualità di(genitori e figli; fratelli e sorelle)
- di secondo grado, nella qualità di(nonni e nipoti abiatici: figli dei figli)
- di terzo grado, nella qualità di.....(zii e nipoti; bisnonni e bisnipoti)

del residente in Sardegna di seguito specificato, che andrà a visitare

(tutti i campi sono obbligatori):

Nome e cognome del residente:

Comune di residenza

Indirizzo di residenza Numero civico.....

Al riguardo dichiaro espressamente che il parente è informato del viaggio e che è stato reso edotto in merito trattamento dei dati personali;

Coniuge Figlio Genitore

(barrare l'opzione corrispondente alla condizione posseduta)

di *(Nome e cognome del*
coniuge/genitore/figlio) parente di primo grado (genitori e figli; fratelli e sorelle) o di
secondo grado (nonni e nipoti abiatici: figli dei figli) o di terzo grado (zii e nipoti;
bisnonni e bisnipoti) del residente in Sardegna di seguito specificato:

(tutti i campi sono obbligatori)

Nome e cognome del residente:

Comune di residenza

Indirizzo di residenza Numero civico.....

Al riguardo dichiaro espressamente che il parente è informato del viaggio e che è stato reso edotto in merito al trattamento dei dati personali;

- [] Fruitore di congedo straordinario e permessi ai sensi della Legge 104/92 per assistere il parente residente in Sardegna di seguito specificato:

(tutti i campi sono obbligatori)

Nome e cognome del residente:

Comune di residenza

Indirizzo di residenza Numero civico.....

Al riguardo dichiaro espressamente che il parente è informato del viaggio e che è stato reso edotto in merito al trattamento dei dati personali.

- [] Tutore nei confronti del soggetto residente in Sardegna di seguito indicato:

(tutti i campi sono obbligatori)

Nome e cognome del residente:

Comune di residenza

Indirizzo di residenza Numero civico.....

Estremi della nomina tutelare:

Rilasciata dal Tribunale diin data.....con n.....

**TUTTO CIO' PREMESSO, IL/LA SOTTOSCRITTO/A
DICHIARA**

- che tutte le informazioni fornite sono veritiere e di essere pienamente consapevole che l'indicazione di dati non veritieri **comporta responsabilità penale** ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- di essere edotto/a che, ai sensi del punto 3.3.5 del DM n.213/2025, la falsa attestazione dello status di avente diritto alla fruizione della tariffa riservata oltreché oggetto di tempestiva denuncia alla competente Autorità penale, comporterà il diritto del vettore di **pretendere il pagamento del prezzo pieno¹ della tariffa "open" per la specifica tratta**, nonché **la penale pari a € 500,00 per ogni biglietto fruito irregolarmente**;
- di essere edotto/a del fatto che sulle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, saranno attivati i controlli, anche su richiesta delle Autorità competenti.

¹ Inteso come differenza tra la tariffa "open" ed il prezzo effettivamente pagato

Inoltre, in merito agli eventuali dati personali relativi a soggetti terzi contenuti nella presente autocertificazione, il dichiarante specificamente conferma:

- di essere edotto/a del fatto che tali dati sono necessari ai fini dell'accesso al beneficio;
- di aver informato i soggetti interessati dell'utilizzo dei loro dati personali e di averli resi edotti in merito al trattamento dei dati personali.

Luogo _____ Data _____

Firma²

² *Allegare copia del documento di identità se firma autografa*