

MODULO DI RICHIESTA INDENNIZZO

DATA _____

DATI VIAGGIATORE (Compilare i campi in stampatello)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a il _____ a _____
Domicilio _____ Comune _____
Provincia _____ CAP _____ Nazionalità _____
Telefono _____ Email _____
Documento _____ Rilasciato da _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA DELL'INDENNIZZO (Contrassegnare con una X):

- utente con disabilità o a mobilità ridotta che dal 01.01.2019 al 31.12.2019 non ha potuto effettuare il viaggio o ha subito l'interruzione del viaggio o un ritardo superiore ai 30 minuti (Delibera ART 106/2018 "Diritto alla accessibilità e fruibilità di servizi e stazioni", Misura 5.2 "Ripristino della disponibilità di infrastrutture o dotazioni delle stazioni nei termini previsti" e Misura 5.3 "Corsa indicata sull'orario pubblicato come fruibile da utenti con disabilità o a mobilità ridotta resa con materiale non idoneo o sostituita con autoservizio sostitutivo o integrativo non accessibile o non idoneo").
- abbonato con titolo mensile o annuale che ritiene di aver subito ritardi continui superiori ai 15 minuti o soppressioni ripetute che abbiano interessato oltre il 10% delle corse programmate per singola linea nel corso di un mese solare dell'anno 2019 (Delibera ART 106/2018 "Diritto alla accessibilità e fruibilità di servizi e stazioni", Misura 7.2 "Diritto all'indennizzo per i titolari di abbonamento").

LA PRESENTE RICHIESTA DI INDENNIZZO DEVE ESSERE CORREDATA DA IDONEA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE IL DISAGIO SUBITO**DOCUMENTI ALLEGATI**

Titolo di viaggio (obbligatorio in originale) _____
Altro (descrizione) _____