

RICHIESTA TRASPORTO GRATUITO INVALIDI A.S.T. ANNO 2024

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
NATO/A A _____ IL _____ E RESIDENTE AD
ALTOFONTE IN VIA _____ N. _____
N.TEL. _____

CHIEDE

Che gli venga rilasciata gratuitamente apposita carta di circolazione annuale del servizio extraurbano gestito dall'Azienda Siciliana Trasporti, ai sensi della Legge Regionale 68/81.

Sotto la propria responsabilità e consapevole del fatto che in caso di dichiarazioni mendaci verranno applicate nei suoi confronti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R.28/12/2000, n.445, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

(AI SENSI DEGLI ARTT.46 E 47 DEL dpr 445/2000)

- di essere residente nel Comune di Altofonte;
- di possedere un'invalidità del _____ %;

Allega alla presente domanda:

1. Copia del certificato di invalidità rilasciato dalla Commissione Medica Competente (verbale di invalidità non inferiore al 67 %);
2. Fotocopia della ricevuta di €.3,38 sul C/C avente IBAN: IT 11 S 01005 04600 000000200002, intestato all'Azienda Siciliana Trasporti Palermo ed intrattenuto con l'agenzia BNL di Palermo.
3. Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale.
4. N. 1 Foto formato tessera

DI ESSERE A CONOSCENZA CHE IL RILASCIO DELLE TESSERE DI LIBERA CIRCOLAZIONE SUI MEZZI EXTRAURBANI DELL'AST IN FAVORE DEGLI ANZIANI PER L'ANNO 2024, È SUBORDINATO ALLA DISPONIBILITA' DELLE RISORSE FINANZIARIE DEL BILANCIO DELLA REGIONE SICILIANA, PERTANTO IL COMUNE DI ALTOFONTE È ESONERATO DA OGNI RESPONSABILITA' IN CASO DI MANCATA CONCESSIONE E SULLA VALIDITA' DELLE STESSE.

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196, il richiedente dà il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per tutte le operazioni e le finalità connesse alla presente istanza.

Altofonte lì _____

F I R M A
