

Oggetto: RICHIESTA TESSERA AST 2024 – Invalidi

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a Collesano in _____ n. _____

tel. _____

CHIEDE

Il rilascio/rinnovo della tessera di circolazione gratuita per invalidi per l'anno _2024_.

A tal fine, dichiara sotto la propria esclusiva responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28-12-2000, n. 445:

1. Di essere residente all'indirizzo sopra riportato;
2. Di trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 21 della L.R. 18-4-1981, n. 68 (invalidità civile con percentuale non inferiore al 74%);
3. Di essere a conoscenza che il rilascio della tessera di libera circolazione è a cura e responsabilità dell'A.S.T., sulla base delle risorse finanziarie della Regione Sicilia.

Allega alla presente:

- ⊖ Fotocopia di documento di riconoscimento
- ⊖ N. 1 foto formato tessera
- ⊖ Copia della documentazione medica da cui risulta l'invalidità non inferiore al 74%
- ⊖ Ricevuta del versamento di € 3,38 (per spese tessera e spedizione) su c.c. n° 00200002 intestato a Azienda Siciliana Trasporti - Via Caduti senza Croce n° 28 - 90146 - Palermo o ricevuta di bonifico bancario sul seguente IBAN **IT11S0100504600000000200002** acceso presso Banca Nazionale del Lavoro o ricevuta di pagamento vaglia postale intestato a "Azienda Siciliana Trasporti - Via Caduti senza Croce n° 28 - 90146 - Palermo.

Dichiara, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30-6-2003, n. 196, di autorizzare gli uffici in indirizzo al trattamento dei propri dati personali, per le sole finalità di cui alla presente istanza.

Collesano, li _____

Firma _____