

All' Azienda Siciliana Trasporti S.P.A.
Direzione Generale
Via Caduti Senza Croce, 28
90146 PALERMO

Per il tramite del Sig. Sindaco
del Comune di Santa Croce Camerina

Oggetto: Tessera di circolazione gratuita AST per soggetti portatori di handicap anno 2015.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ e residente nel comune di Santa Croce Camerina in via _____

_____ n. _____ tel. _____

CHIEDE

Il rilascio della tessera di libera circolazione gratuita per i soggetti portatori di handicap per l' anno _____ sui servizi urbani ed extraurbani gestiti dall' AST di cui alle LL. RR. n. 68/81 e n. 16/88.

Il / La sottoscritta consapevole che, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall' amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Si allegano:

- N.1 foto formato tessera;
- Certificato di invalidità rilasciato dalla Commissione medica dell' A.U.S.L. competente o dal medico provinciale;
- Versamento di € 3,38 per il rilascio tessera e spedizione, esclusivamente a mezzo c/c bancario n. 200002 AB 01005 CAB 4600 intestato a : Azienda Siciliana Trasporti Palermo, Banca Nazionale del Lavoro di Palermo.
- Fotocopia di valido documento di riconoscimento e codice fiscale.

S. Croce Camerina, _____

FIRMA

Informativa Privacy

Il/La sottoscritta dichiara di essere informato/a ai sensi del D. Lgs. 196/03, recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali, che i dati forniti saranno trattati esclusivamente nell' ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

FIRMA
