

Oggetto: Richiesta tessere - A.S.T. - soggetti portatori di handicap e invalidi civili ai sensi della L.R. 68/81. Anno 2027

__1__ sottoscritt _____
nato/a a _____ il _____,
codice fiscale _____ residente in _____
via _____ n° _____
telefono e/o cell _____ e-mail _____
essendo stat __ riconosciut _ Persona portatore di handicap/invalid __ civile al _____ dalla
commissione medica sanitaria provinciale

CHIEDE Per

	Se stesso
	Per se stesso e l'accompagnatore

Di poter accedere al servizio in oggetto per:

RILASCIO TESSERA

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

1. di essere residente nel Comune di Noto
2. di essere invalido civile e/o persona portatore di handicap

Allega alla presente

PER IL RILASCIO:

- a) Copia conforme all'originale dell'estratto di visita medico-collegiale;
- b) Copia documento di riconoscimento;
- c) ricevuta di versamento di € 3,40 sul conto corrente bancario n. 00200002 – BANCA NAZIONALE DEL LAVORO- intestato a Azienda Siciliana Trasporti – via Caduti Senza Croce, 28 Palermo.
- d) Copia della documentazione attestante il diritto all'accompagnatore.

Con la presente si autorizza il Comune di Noto a utilizzare i dati contenuti nella presente istanza per le finalità previste dalla legge sul trattamento dei dati 196/2003

Noto

In Fede
