

OGGETTO: Richiesta tessere AST Invalidi anno 2024

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a in _____

Il _____

Residente a Mascalucia in Via/C.so _____

telefono _____ invalido civile

con diritto all'accompagnatore (barrare solo se si possiede il diritto);

CHIEDE

il rilascio della tessera di circolazione gratuita sui mezzi dell'AST, ai sensi della Legge Regionale n° 68/81, art.21.

AUTORIZZA , a tal fine , il trattamento dei propri dati sensibili ai sensi della L. 196/2003 (Norme sulla Privacy), allegando tutti i documenti richiesti.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- n° 1 fotografia;
- Autocertificazione di residenza;
- Copia conforme dell'estratto del verbale di visita collegiale della comunicazione del giudizio della Commissione Sanitaria Regionale;
- Fotocopia documento di riconoscimento;
- Versamento di Euro 3,38 per spese tessera + spese postali; C/C BANCARIO della BNL intestato a : AZIENDA SICILIANA TRASPORTI - PALERMO -
Codice IBAN: IT 11 S 01005 04600 000000200002

Mascalucia, lì _____

Con osservanza.
