**Al Comune di godrano**

**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**VIA ROCCAFORTE 22**

**90030 GODRANO**

 **OGGETTO: Richiesta tessera trasporto extraurbano (tessera A.S.T.) in favore di soggetti**

 **disabili.** (ai sensi delle LL.RR. n° 68/81 art. 21 e n° 9/92) - Anno **2024/2025**

Il/La sottoscritt ………………………………………………………………………………………..………..…………………..….………

nat …. a ……………………………………………………………..……………….……… il …….………………………..…..……..……

residente a ………………………………………………………….……………………………… prov. ………………….…..…….….....

via …………………………………………………………………………………………………..……………. n°………………..……......

codice fiscale ……………………………………………..…………… e-mail ……………………..….……………………………………

recapiti telefonici: ………………………………………………………………………………………….…………….………………..……

**CHIEDE**

* Per se stesso/a

Ovvero in qualità di:

* + *Genitore (esercente la potestà)*
	+ *Legale Rappresentante (così come previsto al Codice Civile allegando relativo decreto di nomina*):
	+ *Tutore*
	+ *Amministratore di Sostegno*
	+ *Curatore*
	+ *Altro* …………………………………………………………………………………………………...

Per il/la Sig./ra (soggetto con disabilità) …………………………………………………….……………..……….…………

nat …. a ……………………………………………………………..……………….……… il …….………………………..…..……..……

residente a ………………………………………………………….……………………………… prov. ………………….…..…….….....

via …………………………………………………………………………………………………..……………. n°………………..……......

codice fiscale ……………………………………………..…………… e-mail ……………………..….……………………………………

recapiti telefonici: ………………………………………………………………………………………….…………….………………..……

**Il rilascio della tessera di libera circolazione per i mezzi di trasporto extraurbano dell'Azienda Siciliana Trasporti, per l’anno 2024/2025.**

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

# DICHIARA

* di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa;
* **che le copie dei documenti allegati alla presente, sono conformi agli originali;**

**ALLEGA**

* Copia del certificato attestante lo status di portatore di handicap (ex lege 104/92);
* Copia del certificato attestante l’invalidità non inferiore al 67% o equiparati;

(sono equiparati agli invalidi civili: ciechi civili affetti da cecità assoluta o con residuo visivo non superiore ad 1/10 in entrambi gli occhi con eventuale correzione; invalidi del lavoro dal 34% ex T.U. 1124/65; invalidi per servizio e di guerra con minorazioni ascritte dalla 1° alla 4° categoria previste dalle norme; sordi congeniti o divenuti tali prima dell’apprendimento della lingua parlata.)

* Copia Nomina/Giuramento in qualità di ………………………………………………………………..………...
* Copia documento d’identità;
* 1 Fotografia formato tessera;
* Ricevuta di versamento di euro 3,38 della BNL (BANCA NAZIONALE DEL LAVORO) su c/c n° 00200002 intestato "Azienda Siciliana Trasporti, o ricevuta di bonifico bancario di euro 3,38 sul seguente IBAN: IT11S0100504600000000200002, o ricevuta di pagamento vaglia postale di euro 3,38 intestato "Azienda Siciliana Trasporti - via Caduti Senza Croce n° 28 Palermo".

Luogo e data ……………………………….

 IL RICHIEDENTE

 ……..……………………………………….