**Al Settore VI – Servizi alla Persona**

 **del Comune di Ficarazzi**

**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 **2025/2026**

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

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

residente a ………………………………prov. …

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

codice fiscale ……………………………………………..……………

e-mail ……………………..….……………………………………

recapito telefonico: ……………………………………………

**CHIEDE**

**Il rilascio della tessera di libera circolazione per i mezzi di trasporto extraurbano dell'Azienda Siciliana Trasporti, per l’anno 2025/2026.**

 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, avendo preso visione di apposita informativa pubblicata sul sito del Comune e resa disponibile dall’ufficio cui è indirizzato la presente istanza, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), 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**

1. Fotocopia del provvedimento di riconoscimento dell’invalidità;
2. N.1 Fotografia Formato Tessera
3. Ricevuta di versamento di euro 3,38 intestato "Azienda Siciliana Trasporti - via Caduti Senza Croce n° 28 Palermo".
4. Copia del documento di riconoscimento
* Avendo diritto all’accompagnatore, copia di idoneo documento attestante tale privilegio.

.

Luogo e data ……………………………….

 IL RICHIEDENTE