



COMUNE DI FRANCOFONTE

Cod.fisc. 82001050895

Provincia di Siracusa

96015

Al Sig. Sindaco
Sede

OGGETTO: DOMANDA RILASCIO TESSERA AST-INVALIDI – ANNO 2025/2026.-

Il sottoscrittonato a

Il.....residente in Francofonte Via.....n°.....

Recapito telefonico.....

CHIEDE

Ai sensi dell'art.21 della L.R. n°68/81 , il rilascio dell'apposita carta di circolazione valida per l'anno 2022/2023,per la fruizione del servizio di trasporto extraurbano servito dall'AST;

A tal fine, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n°445/2000 sulle responsabilità penali cui possono andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del predetto D.P.R. n°445/2000, e sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

Di essere nato il

Di essere residente nel Comune di Francofonte

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- FOTOCOPIA ESTRATTO VISITA MEDICO COLLEGIALE O CERTIFICAZIONE RILASCIATA DALL'ASP ATTESTANTE IL GRADO DI INVALIDITA' NON INFERIORE AL 67%;
- VERSAMENTO DI €. 3.38 :
C/C N° 00200002 BANCA NAZIONALE DEL LAVORO INTESSTATO ALL'AZIENDA SICILIANA TRASPORTI – S.P.A. – GESTIONE ORDINARIA 4700.
- VAGLIA POSTALE INTESSTATO ALL'AZIENDA SICILIANA TRASPORTI – VIA CADUTI SENZA CROCE, 28 – PALERMO 90100.
- **VERSAMENTO DI € 3.38
SU CODICE IBAN IT 11S0100504600 0000002 00002 - AZIENDA SICILIANA TRASPORTI PALERMO**
- COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.
- N°1 FOTO TESSERA.

Francofonte li

IL DICHIARANTE
.....

Ai sensi dell'art.38 D.P.R. n°445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore , all'ufficio competente via fax tramite un incaricato, oppure a mezzo posta .

Informativa ai sensi dell'art.10 della legge 675/1996:

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.