



COMUNE DI CAMPOFIORITO

SETTORE SERVIZI SOCIALI

AVVISO

RILASCIO TESSERE DI LIBERA CIRCOLAZIONE SUI MEZZI DELL'AST PER PORTATORI DI HANDICAP PER L'ANNO 2024

Si rende noto ai soggetti portatori di handicap residente nel Comune di Campofiorito che possono presentare richiesta per ottenere la tessera di libera circolazione sui mezzi A.S.T. valevole per l'anno 2024.

La richiesta dovrà essere inoltrata su apposito modulo debitamente compilato in ogni sua parte , allegando la seguente documentazione:

- Certificato di invalidità con percentuale non inferiore al 67% rilasciato dalla Commissione Medica Provinciale o dall'A.S.P.;
- N. 1 fotografia formato tessera (recente) sul cui retro dovrà essere indicato nome, cognome e data di nascita;
- Ricevuta del versamento di euro 3,40 da effettuare sul c/c n. 0020000 Banca Nazionale del Lavoro - intestato ad A.S.T. S.p.A. gestione ordinaria 4700 Palermo, **oppure tramite** vaglia postale intestato ad Azienda Siciliana Trasporti - via Caduti Senza Croce n° 28 90144 Palermo".
- Copia fronte retro del documento di riconoscimento in corso di validità.

Il modello dell'istanza può essere ritirato presso l'Ufficio dei Servizi Sociale (telefono 091 8466212) o scaricato da sito del Comune di Campofiorito: www.comune.campofiorito.pa.it, Home Page – dei Servizi Sociali –

Le istanze dovranno essere presentate **entro e non oltre il 15 novembre 2023** all'Ufficio Protocollo del Comune di Campofiorito.

N.B. Il rilascio della tessera di libera circolazione è a cura e responsabilità dell'AST sulla base delle risorse finanziarie della regione Sicilia.

Campofiorito, 17 ottobre 2023


IL SINDACO
(Geom. Giuseppe Oddo)



Oggetto: Richiesta rilascio tessera A. S. T. per portatori di handicap – art. 21 L.R. 68/81 Anno 2024.

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a _____

il ___ / ___ / ___ residente in _____ via _____ n° _____ Codice Fiscale
_____ tel. _____ . email _____

CHIEDE

Il rilascio della tessera di libera circolazione A S T. gratuita ai sensi delle legge regionali vigenti per l'anno 2024

NUOVO RINNOVO DIRITTO ALL'ACCOMPAGNATORE

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

- di essere residente nel Comune di Campofiorito
- di avere una invalidità al _____, come da certificato di invalidità rilasciato dalla Commissione Sanitaria provinciale, ai sensi della L. n. 102/2009.

Allega la seguente documentazione:

- ❖ n° 1 foto tessera (recente), recante sul retro cognome e nome e data di nascita;
- ❖ copia del certificato di invalidità rilasciato dalla Commissione Sanitaria provinciale, ai sensi della L. n. 102/2009 con invalidità non inferiore al 67%
- ❖ copia del Decreto della Prefettura nel caso di diritto all'accompagnatore;
- ❖ Ricevuta del versamento di 3,40 intestato all' AST a mezzo vaglia postale o con versamento conto corrente bancario della Banca del Lavoro sul seguente numero IBAN: IT11S0100504600000000200002.
- ❖ Copia fronte retro del documento di riconoscimento in corso di validità;

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 30.06.03 n. 196 " Codice in materia di protezione dei dati personali" e del G.D.P.R. Regolamento UE 679/2016 il richiedente autorizza l'utilizzo dei dati personali dichiarati. Si informa che il trattamento dei dati personali forniti con la presente istanza è effettuato anche con l'utilizzo di procedure informatizzate ed è finalizzato esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza e per finalità strettamente connesse alla procedura in oggetto. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto preclude la possibilità di partecipare alla procedura oggetto della presente istanza.
Campofiorito, li _____

FIRMA
