

ALL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE
UFFICIO SERVIZI SOCIALI
CARLENTINI

Il/La... sottoscritt... _____ nat... in _____ il
_____, residente in questo Comune in Via _____ n. _____

Tel n. _____ ai sensi dell'art. 21 della L.R. n. 68/1981, CHIEDE il rilascio,
per **l'anno 2025**, delle tessere di libera circolazione A.S.T. per soggetti portatori di handicap.

Allega: - Copia di certificazione dell'autorità competente del soggetto portatore di handicap, con
riduzione della capacità non inferiore al **68%**, ed l'eventuale diritto o meno
all'accompagnatore,

- Fotocopia del documento di riconoscimento.

- N° 1 fotografia formato tessera.

- **Ricevuta di versamento** di €. 3,38 in favore dell' Azienda Siciliana Trasporti, Via Caduti
senza Croce, 28 – 90146 Palermo, mediante accredito/bonifico sulle seguenti Coordinate
Bancarie: IBAN IT 11S/ 01005/ 04600/ 000000200002. (Banca Nazionale del Lavoro di
Palermo).

Carlentini, _____

FIRMA
