



# COMUNE DI TRABIA

PROVINCIA DI PALERMO

## UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Tel. 0918124764 - Fax 0918147541

Sito internet: [www.comuneditrabia.gov.it](http://www.comuneditrabia.gov.it)

E.mail: [sociale@comunetrabia.gov.it](mailto:sociale@comunetrabia.gov.it)

Pec : [servizisociali@pec.comunetrabia.gov.it](mailto:servizisociali@pec.comunetrabia.gov.it)

## IL SINDACO

### RENDE NOTO

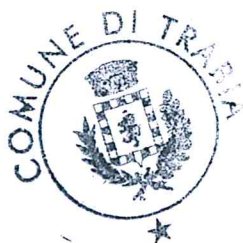
Gli invalidi civili, con una percentuale d'invalidità non inferiore al 67%, che desiderano ottenere o rinnovare la tessera di libera circolazione sui mezzi dell'Ast, valevole per l'anno 2019, dovranno avanzare apposita richiesta entro e non oltre il 26/11/2018 corredata dalla seguente documentazione:

- Certificato d'invalidità;
- N. 1 fotografia formato tessera;
- Versamento di € 3,38 sul c/c n. 200002, intestato all'Azienda Siciliana Trasporti Palermo, presso la Banca Nazionale del Lavoro S.p.A area Sicilia, con sede in via Roma n. 291 Palermo, codice IBAN : IT11S0100504600000000200002;
- Fotocopia carta d'identità.

Per ulteriori informazioni, per il ritiro del modello di domanda e del versamento da effettuare, gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Segretariato Sociale del Comune di Trabia sito in via Di Vittorio n. 2.

Il presente avviso e lo schema dell'istanza, si possono scaricare anche dal sito internet: [www.comunetrabia.gov.it](http://www.comunetrabia.gov.it)

TRABIA li 06/11/2018



IL SINDACO  
(Rag. Leonardo Ortelano)

Al Sig. SINDACO DEL COMUNE DI

TRABIA

OGGETTO: richiesta rilascio tessera di libera circolazione per invalido civile.

\_ L \_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

essendo in possesso dei requisiti previsti dall'art. 21 della L.R. n. 68 del 18/04/1981;

**CHIEDE**

di essere ammess\_\_ a fruire del servizio gratuito di trasporto extraurbano e di avere rilasciata l'apposita carta di circolazione per l'anno 2019.

Con diritto all'accompagnatore (barrare solo se si possiede il diritto).

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445 DEL 28/12/2000 ART. 38:

- CHE la famiglia anagrafica convivente in atto è così composta:

N.	COGNOME E NOME	NASCITA		Rapporto di parentela
		LUOGO	DATA	
1				Dich.
2				
3				
4				
5				
6				

**Si allega:**

- copia del verbale d'invalidità civile;
- copia della carta d'identità;
- ricevuta del versamento;
- n. 1 fotografia formato tessera.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è stata resa.

TRABIA, li \_\_\_\_\_

**IL/LA DICHIARANTE\***

\_\_\_\_\_