

TRASPORTO EXTRAURBANO PORTATORI DI HANDICAP ANNO 2025

l sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in Carini Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ essendo \_\_\_\_\_.

A. Portatore di handicap

B. Esercente la potestà' o tutela del soggetto portatore di handicap

Sig \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a carini in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

Il rilascio della tessera di libera circolazione sui mezzi di trasporto extraurbani gestiti dall'A.S.T. ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 68/81 art. 21 per l'anno 2024.

A tal fine, dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445:

1. Di essere invalido con / senza diritto all'accompagnatore, come si evince dal decreto di invalidità' civile che attesti il 100% più' accompagnamento.

Allega alla presente:

- Versamento di € 3,40 presso la Banca Nazionale del Lavoro S.P.A. Area

Sicilia, con sede in Via Roma n. 291 Palermo, Iban: IT 11S010050460000000200002  
" AZIENDA SICILIANA TRASPORTI " Via Caduti Senza Croce n. 28 - 90146 -  
PALERMO.

- Fotografia formato tessera.
- Fotocopia decreto di invalidità'.
- Fotocopia documento di riconoscimento.

Carini, li \_\_\_\_\_.

FIRMA

\_\_\_\_\_