

	Amministrazione destinataria Comune di Mascalucia  Ufficio destinatario Area III -Servizi Sociali e Culturali	
---	---	--

**Domanda di rilascio della tessera AST per disabili**  
***Ai sensi della Legge Regionale 18/04/1981, n. 68***

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

**CHIEDE**

il rilascio della tessera di circolazione gratuita sui mezzi dell'AST per l'anno

Anno									
<input type="radio"/>	per sè stesso								
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato								
Cognome			Nome				Codice Fiscale		
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza		
In qualità di (*)									

*In qualità di (\*)*:

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- che l'avente diritto è residente nel Comune di Mascalucia all'indirizzo indicato in anagrafica
- che l'intestatario della tessera AST ha diritto all'accompagnatore

Eventuali annotazioni

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input checked="" type="checkbox"/>	n°1 fotografia formato tessera
<input checked="" type="checkbox"/>	copia conforme dell'estratto di verbale di invalidità con giudizio espresso dalla Commissione Sanitaria Regionale
<input checked="" type="checkbox"/>	copia della ricevuta del pagamento effettuato
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Mascalucia		
Luogo	Data	Il dichiarante