

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI

LIBRIZZI

\_\_\_ L \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ e residente in Librizzi  
Via/C.da \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Dichiara di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 21 L.R. N. 68/81, pertanto

### CHIEDE

Per l'anno 200\_\_ il rinnovo della tessera di libera circolazione per "Portatori di Handicap" e quindi potere fruire gratuitamente dei servizi di trasporto extraurbano gestiti dall'Azienda Siciliana Trasporti (AST) ai sensi della L.R. 68/81

A tale fine allega alla presente:

- 1) Ricevuta del versamento di € 3,38 accreditato sul c/c n. 01020/04607/499001731 intestato all'Azienda Siciliana Trasporti Palermo ed intrattenuto con l'Ag. N. 7 del Banco di Sicilia di Palermo o Ricevuta del vaglia postale di € 3,38 intestato all'Azienda Siciliana Trasporti, Via Caduti Senza Croce, 28 - 90146 Palermo;
- 2) Fotocopia valido documento di riconoscimento.

Il richiedente autorizza, altresì, il Comune di Librizzi, ad utilizzare i dati contenuti nel presente formulario per le finalità previste dalla legge, nonché per elaborazioni statistiche da svolgere in forma anonima e per la pubblicazione degli esiti, il tutto nel rispetto dei limiti posti dalla L. 675/96 e dal D.Lgs 196/2003.

Librizzi \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_