

Al Signor Sindaco del Comune
di San Giovanni La Punta

All'Incaricata di Funzioni Dirigenziali
5° Settore Servizi alla Persona

Oggetto: Rilascio tessera di libera circolazione urbana ed extraurbana sui mezzi A.S.T. (Azienda siciliana trasporti SPA) marzo2025/febbraio2026 per soggetti portatori di handicap (Art. 21 Legge regionale 68/81 e art. 2 della Legge regionale 9/92) con invalidità non inferiore al 67% o equiparati.* **Modello B** (istanza presentata dal genitore esercente la patria potestà/tutore/Amministratore di sostegno/curatore per soggetto portatore di handicap minore o con tutore/Amministratore di sostegno/curatore).

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro, in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli ARTT. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, nella qualità di _____ del soggetto portatore di handicap: _____

Dichiara che tale soggetto

- è residente a San Giovanni La Punta in via _____ n. _____
tel. _____;

- è

➤ invalido al _____;

ovvero:

- cieco civile affetto da cecità assoluta o con residuo visivo non superiore ad 1/10 in entrambi gli occhi con eventuale correzione;
- invalido del lavoro dal 34% ex T.U. 1124/65;
- invalido per servizio e di guerra con minorazioni ascritte dalla 1^a alla 4^a categoria prevista dalle norme;
- sordo congenito o divenuto tale prima dell' apprendimento della lingua parlata;

con diritto all' accompagnatore, come si evince dalla copia del verbale di visita collegiale allegato alla presente richiesta o da altro documento equipollente;

senza diritto all' accompagnatore;

e che quindi ha i requisiti per poter accedere ai benefici di cui all' oggetto.

Dichiara altresì di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell' ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ai sensi della legge 196/03, dell' art. 13 Reg. UE 2016/679 e del D. Lgs 101/2018.

Dichiara di essere a conoscenza che L' EROGAZIONE DEL BENEFICIO E' SUBORDINATA ALLO STANZIAMENTO DEI RELATIVI FONDI PER L' ANNO 2025 DA PARTE DELLA REGIONE SICILIANA.

Dichiara infine che le copie dei documenti allegati alla presente riguardanti il beneficiario sono conformi agli originali.

Il /la sottoscritto/a _____, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro , in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi DEGLI ARTT. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 dichiara altresì che permangono in capo al soggetto portatore di handicap in narrativa, a tutt' oggi, i requisiti di ammissibilità così come descritti nella documentazione allegata.

Allega:

- Copia estratto del verbale della visita collegiale dalla quale risulti una invalidità espressa in percentuale non inferiore alla soglia minima prevista dalla legge (67%) o per gli equiparati* documenti equipollenti;
- *Se la richiesta è fatta anche per l' accompagnatore*, copia del documento rilasciato dall' autorità competente da cui risulti il diritto all' accompagnatore;
- n.1 foto formato tessera;
- copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Bonifico bancario presso la Banca Nazionale del Lavoro intestato all' A.S.T., via Caduti senza Croce, n° 28 90146 - Palermo, di € 3,40;
- San Giovanni La Punta lì, _____

FIRMA

*sono equiparati agli invalidi civili:

- ciechi civili affetti da cecità assoluta o con residuo visivo non superiore ad 1/10 in entrambi gli occhi con eventuale correzione;
- invalidi del lavoro dal 34% ex T.U. 1124/65;
- invalidi per servizio e di guerra con minorazioni ascritte dalla 1^ alla 4^ categoria prevista dalle norme;
- sordi congeniti o divenuti tali prima dell' apprendimento della lingua parlata.