

AL SINDACO DEL
COMUNE DI SAN PIETRO CLARENZA

Il sottoscritt _____ nat _____
il _____ residente a San Pietro Clarenza Via _____
N. _____ Tel _____
Codice Fiscale _____

C H I E D E

Alla S.V. il rilascio della **tessera di identificazione AST Portatori di Handicap**
per **l'anno 2027**,

ai sensi delle LL.RR. n.81/87 o n. 68/81

Allega alla presente seguente documentazione:

- N. 1 foto formato tessera;
- Ricevuta versamento di € 3,38 effettuato sul C.C. Bancario intestato A.S.T. Banca Nazionale del Lavoro S.P.A. area Sicilia codice IBAN: **IT11S0100504600000000200002** con la causale: rilascio gratuito tessera A.S.T. anno 2027;
- Copia certificato di invalidità.
- Fotocopia documento di riconoscimento.

Dichiara altresì di essere consapevole che il rilascio delle suddette tessere da parte dell' AST rimane subordinata alla previsione del relativo finanziamento regionale.

Autorizzo l'Amministrazione di San Pietro Clarenza ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 al trattamento dei dati personali e alla trasmissione degli stessi all'AST per il rilascio della tessera gratuita

San Pietro Clarenza, li _____

IL RICHIEDENTE
