

Al Dipartimento Trasporti
Ufficio trasporto disabili
Loc. Autoporto, 32
11020 Pollein

La/il sottoscritta/o
nata/o a il
residente a in via n
C.F.....

- utente del servizio trasporti disabili
 in qualità di dell'utente.....
(allegare documento d'identità del richiedente)

chiede

il rimborso della quota relativa al servizio di trasporto disabili per l'anno

- versata in eccedenza o non dovuta;
 per i mesi non utilizzati, a causa del decesso dell'utente;
 per il trasporto scolastico:
 quota intera (solo viaggi scolastici)
 quota parziale (anche viaggi non scolastici in numero inferiore a 30 in Valle d'Aosta)
 per il mancato utilizzo del servizio nell'anno durante l'intero anno solare
 per il mancato utilizzo del servizio a causa di aggravamento delle condizioni di salute (**allegare documentazione sanitaria**)
 per la perdita dei requisiti di residenza o di invalidità

Note:

.....
.....

Il sottoscritto chiede che il rimborso venga effettuato con :

accredito in c/c bancario: Codice IBAN n°

Intestato a

Data,

Firma