Dipartimento Trasporti e mobilità sostenibile
Ufficio Trasporto disabili
Loc. L'Île-des-Lapins, n. 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°

IT ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Intestato a ……

Data, Firma