

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