

FAC SIMILE -MODULO 6) Prescrizione ciclo di cure /sedute di riabilitazione ai sensi dell'art. 2.1, lett. A.2 del Regolamento di fruizione del Servizio trasporto disabili approvato con DGR 528/2019 (*)

Assessorato Affari Europei, Politiche del Lavoro,
Inclusione Sociale e Trasporti
Dipartimento trasporti – Ufficio Trasporto disabili
Loc. Autoporto, 32
11020 Pollein

Si certifica che il/la Sig/ra _____

NECESSITA DI

n. _____ sedute di (indicare lo specifico ciclo di cure o di riabilitazione) _____

presso (indicare la struttura pubblica o privata in regime di convenzione o accreditata, ritenuta più idonea all'effettuazione del ciclo nell'ambito di quelle riconosciute dal servizio sanitario nazionale)

_____;

presso (indicare la struttura privata senza regime di convenzione)

che risulta essere adeguata a fornire la prestazione richiesta in mancanza di strutture pubbliche o private in regime di convenzione o accreditamento in grado di assolvere alla medesima funzione.

LUOGO E DATA _____

TIMBRO E FIRMA