

**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