

MODULO 1) Attribuzione viaggi a motivazione sanitaria (*)

Assessorato Turismo Sport Commercio e Trasporti
Servizio Trasporti
Loc. Grand Chemin, 34
11020 Saint Christophe

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, ritenuta più idonea all'effettuazione del ciclo nell'ambito di quelle riconosciute dal servizio sanitario nazionale) _____

LUOGO E DATA _____

TIMBRO E FIRMA

NOTA:(*) da compilarsi a cura del medico fisiatra o altro medico competente, al solo fine dell'attribuzione a motivo sanitario del viaggio da effettuarsi dall'utente con utilizzo del servizio di trasporto disabili di cui all'art. 56 della lr 29/1997.