



Alla Azienda USL della Valle d'Aosta  
Via G. Rey, 1  
11100 AOSTA  
Alla Direzione Area Territoriale

**OGGETTO: RICHIESTA DI DEROGA AL LIMITE DI 450 KM. DI DISTANZA DAL  
CAPOLUOGO REGIONALE PER IL RAGGIUNGIMENTO DI STRUTTURE  
SANITARIE SPECIALISTICHE TRAMITE IL SERVIZIO TRASPORTO  
DISABILI REGIONALE DI CUI ALL'ART. 56 DELLA L.R. 29/97.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## **PREMESSO CHE**

Il Regolamento di fruizione del Servizio trasporto disabili (approvato con DGR 696 del 19/06/2023), assoggetta al limite ordinario di 450 km. di distanza dal capoluogo regionale l'effettuazione di trasporti a motivazione sanitaria (visite mediche, ricoveri ospedalieri, cicli di cure), ma consente di superare suddetto limite al fine di raggiungere strutture sanitarie specialistiche, dietro attestazione di Struttura dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, quando non sussistano analoghe strutture nel suddetto raggio dal capoluogo regionale oppure, se presenti, non siano comunque in grado di fornire la prestazione richiesta in tempi accettabili per la patologia dell'utente.

## **CHIEDE**

**Attestazione di quanto in premessa, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3.3, lett. c) per raggiungere la struttura sanitaria sottoindicata tramite il Servizio regionale di trasporto disabili**

.

per sé stesso, quale utente iscritto al Servizio di trasporto per disabili indicato in oggetto per l'anno in corso.

per \_\_\_\_\_

Responsabilità genitoriale

Tutore

dell'utente iscritto al Servizio di trasporto per disabili indicato in oggetto per l'anno in corso

C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e.mail - \_\_\_\_\_

Indicazione diagnostica o terapeutica: \_\_\_\_\_

Prestazione sanitaria richiesta : \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Indicare il prestatore di assistenza sanitaria presso il quale si intende ricevere la prestazione (struttura sanitaria, ospedale, clinica con relativo indirizzo):

\_\_\_\_\_

- Struttura pubblica
- Struttura privata convenzionata
- Struttura privata

Modalità con cui si desidera ricevere l'esito della verifica:

- Con messaggio di Posta Elettronica Certificata all'indirizzo \_\_\_\_\_
- Tramite e-mail \_\_\_\_\_
- Al proprio recapito di domicilio \_\_\_\_\_
- Via FAX al numero \_\_\_\_\_

**L'esito della verifica verrà trasmesso inoltre al Dipartimento trasporti e mobilità sostenibile– Ufficio trasporto disabili ([trasporti@pec.regione.vda.it](mailto:trasporti@pec.regione.vda.it))**  
**L'Ufficio competente provvederà a comunicare eventuale documentazione da integrare alla presente domanda.**

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Ai sensi del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, si informa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nel pieno rispetto di quanto stabilito dal citato Decreto e dei relativi obblighi di riservatezza. Il trattamento dei dati, il cui conferimento è obbligatorio, ha finalità amministrativo-contabili. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui all'art. 7 del suddetto Decreto Legislativo.