

**MODULO 1) Attribuzione viaggi a motivazione sanitaria (\*)**

Assessorato Turismo Sport Commercio e Trasporti  
Trasporto pubblico  
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, 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 l.r. 29/1997.