



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)

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.