ESENTE DA BOLLO

**Alla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO**
**U.M.S.E. Disabilità ed integrazione socio-sanitaria**
**Via Gilli, 4**
**38121 TRENTO**
**umse.disabili_integrasociosan@pec.provincia.tn.it**

# SEGNALAZIONE DI VIAGGIO FUORI PROVINCIA PER VISITE MEDICHE, PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E CURE PER UTENTI DEL SERVIZIO DI TRASPORTO E ACCOMPAGNAMENTO DEI SOGGETTI PORTATORI DI MINORAZIONE

## *"MuoverSi" (legge provinciale 7 gennaio 1991, n. 1 – articolo 20)*

Il/la sottoscritto/a _____, sesso _____
(cognome e nome del/la richiedente; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (Provincia _____), il giorno ___/___/_____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ _____ (Provincia _____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

frazione _____, via _____, n. _____

Codice fiscale ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

cittadinanza_____ telefono _____/_____ e-mail/PEC _____

**S E G N A L A**

**l a n e c e s s i t à d i e f f e t t u a r e V I A G G I f u o r i P r o v i n c i a**

❑ per se stesso in qualità di portatore di minorazione utente del servizio, titolare della tessera n. _____

***oppure***

se il richiedente non il portatore di minorazione utente del servizio, ma chi ne ha la rappresentanza:
❑ai sensi dell'art. 5 d.P.R. 445/2000, in qualità di:
- ❑ genitore, persona esercente la potestà genitoriale o persona affidataria del portatore di minorazione;
- ❑ tutore/curatore del portatore di minorazione sotto riportato se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere.

per il/la Sig./ra _____, sesso _____
(cognome e nome del portatore di minorazione; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (Provincia _____), il giorno ___/___/_____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ _____ (Provincia _____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

frazione _____, via _____, n. _____

Codice fiscale ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

cittadinanza_____ telefono _____/_____ e-mail/PEC _____

titolare della tessera n._____

**Da**_____ **a** _____

*comune di partenza* *comune di arrivo*

❑ con andata e ritorno prevista il giorno_____

❑ con andata prevista il giorno_____

❑ con ritorno previsto il giorno_____

**E S I I M P E G N A**

ad inviare, ad avvenuta realizzazione, la dichiarazione di prestazione eseguita o fotocopia del certificato di dimissione.

❑ Il sottoscritto **dichiara altresì** di eleggere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (o l'indirizzo pec sopra indicato)_____ quale **domicilio digitale** cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

Luogo e data Firma

_____ _____

**ALLEGATI**

**Documentazione generale:**

❑ fotocopia prescrizione medica autorizzata dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari

* * * * *

Ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del d.P.R. 445/2000, si attesta che la presente domanda è stata:

❑ sottoscritta, previa identificazione dell'interessato, in presenza del dipendente addetto _____
(*indicare il nome del dipendente addetto)*

❑ consegnata da terzi o inviata all'ufficio con copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità dell'interessato

❑ **Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare**

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 del d.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra_____identificato/a mediante _____ il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.

_____ _____

*(data)* *(timbro dell'ufficio e firma)*

❑ **Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare**

Ai sensi del comma 2 dell'articolo 4 del d.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra_____identificato/a mediante_____ il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di _____ che il/la sig./ra _____ si trova un una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute.

_____ *(data)*

_____ *(timbro dell'ufficio e firma)*