

RICHIESTA DI TRASPORTO

DOCUMENTO SOTTOPOSTO ALLA
LEGGE N. 675 DEL 31.12.1996 (PRIVACY) e s.m.i.

PRENOTAZIONE NR. _____

DATA RICHIESTA _____

INVIATO A:

CROCE ROSSA ITALIANA
VIA HENRY DUNANT, 2
14022 - CASTELNUOVO DON BOSCO (AT)
Tel. **011.9927301** - Fax **011.9876590**
email: **cl.castelnuovodonbosco@cri.it**

DATI RICHIEDENTE:

Nominativo: _____

Indirizzo _____

Località: _____

TELEFONO: _____

AREA RISERVATA ALLA C.R.I.

_____ ACCETTATO

_____ RIFIUTATO

_____ TRASFERITO A CRI _____

_____ ANNULLATO IL _____

MEZZO : _____

PARTENZA SEDE: _____

AUTISTA: _____

FIRMA RICEVENTE VISTO RESPONSABILE

BARELLIERE: _____

DATA DEL SERVIZIO _____ **ORE** _____

NOMINATIVO _____

COD. FISCALE _____

PARTENZA _____

DESTINAZIONE _____

TIPO DEL SERVIZIO _____

(es. visita dermatologica—rx—ecg, prelievo ecc.)

CONDIZIONI DEL TRASPORTATO : ((contrassegnare con una X)

_____ **deambulante (cammina)** _____ **barellato** _____ **seduto/carrozzina CRI**

_____ **seduto/carrozzina utente** _____ **altro (specif.):** _____

TRASPORTATO ACCOMPAGNATO: _____ **NO** _____ **SI**

_____ **parente/familiare** _____ **personale struttura** _____ **da luogo partenza**

_____ **attende a destinazione** _____ **necessita accompagnatore CRI**

TRASPORTATO CON PATOLOGIA: (presunta o accertata)

_____ **Alzheimer** _____ **Epatite / HIV** _____ **TBC/Meningite** _____ **Pidocchi/Scabbia**

_____ **Pz. Psichiatrico** _____ **O2dipendente** _____ **Altro (specif.)** _____

ALTRE INFORMAZIONI: _____

SE FATTURARE A A.S.L. TO 5

PAZIENTE IN REGIME DI CONVENZIONE CON A.S.L. TO 5.
TRASPORTO RICHIESTO PER PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E
SPECIALISTICHE.

RESPONSABILE MEDICO STRUTTURA:

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA IL
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.L.
30/06/03 NR. 196) PER SCOPI AMMINISTRATIVI,
CONTABILI E AI FINI DEL SERVIZIO.
FIRMA RICHIEDENTE:
