

# RICHIESTA DI TRASPORTO

DOCUMENTO SOTTOPOSTO A  
GDPR UE 2016/679 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: **castelnuovodonbosco@cri.it**

**DATI RICHIEDENTE:**

Nominativo: \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Località: \_\_\_\_\_

**TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**AREA RISERVATA ALLA C.R.I.**

\_\_\_\_\_ ACCETTATO

\_\_\_\_\_ RIFIUTATO

\_\_\_\_\_ TRASFERITO A CRI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ANNULLATO IL \_\_\_\_\_

FIRMA RICEVENTE \_\_\_\_\_

VISTO RESPONSABILE \_\_\_\_\_

MEZZO : \_\_\_\_\_

PARTENZA SEDE: \_\_\_\_\_

AUTISTA: \_\_\_\_\_

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**

\_\_\_\_\_ **altro ( specif.:** \_\_\_\_\_ **Peso indicativo** \_\_\_\_\_ **kg**

**TRASPORTATO ACCOMPAGNATO:** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_ **SI**

\_\_\_\_\_ **parente/familiare** \_\_\_\_\_ **personale struttura** \_\_\_\_\_ **da luogo partenza**

\_\_\_\_\_ **attende a destinazione** \_\_\_\_\_ **necessita accompagnatore CRI**

**TRASPORTATO CON PATOLOGIA:** ( presunta o accertata) \_\_\_\_\_ **Alzheimer**

\_\_\_\_\_ **Psichiatrico** \_\_\_\_\_ **O2 dipendente** \_\_\_\_\_ **Infettivo** \_\_\_\_\_ **Altro (specif.)** \_\_\_\_\_

**ALTRE INFORMAZIONI:** \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (GDPR DELL'UE 2016/679)  
PER SCOPI AMMINISTRATIVI, CONTABILI E AI FINI DEL SERVIZIO.

FIRMA RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_