

M0913-2 Richiesta trasporto in ambulanza (utenti esterni)**All'Amministrazione**

Sommariva Perno _____

Il/La sottoscritto/a _____

Residente in _____

via _____ N° di telefono _____

con la presente richiede di poter usufruire del Servizio di Ambulanza gestito dalla MIR SpA per

trasportare il/la Sig. / Sig.ra _____

residente a _____

da _____

a _____

il giorno _____ alle ore _____ e ritorno

(riportare l'ora richiesta di arrivo a destinazione)

Barellato SI NO Carrozzina SI NO

Firma _____

Si precisa che tale trasporto è da considerarsi a carico del paziente, che provvederà al pagamento presso la Residenza "L'annunziata".

Visto: si autorizza l'utilizzo dell'ambulanza**LA DIREZIONE***Allegato: modulo di "Informativa e raccolta di consenso"*