

Allegato 2

**Alla Croce Rossa Italiana**  
Comitato locale di Padova Sud  
Via Marconi 19 c/o (ospedale di Monselice)  
35043 Monselice Tel/fax +390429780966  
Mail padovasud@cri.it

**OGGETTO: richiesta di TRASPORTO SOCIO-SANITARIO programmato.**

**IL SOTTOSCRITTO** (se diverso dall'interessato):

Cognome, nome, luogo e data di nascita		Codice Fiscale o P. Iva (per rilascio fattura o ricevuta)	
Indirizzo di residenza		Telefono	In qualità di

**CHIEDE IL TRASPORTO DI:**

Cognome, nome, luogo e data di nascita		Codice Fiscale (Obbligatorio)	
Indirizzo di residenza		Telefono	Patologia

**PER IL GIORNO**

**ALLE ORE**

**IL QUALE ATTUALMENTE SI TROVA:**

Luogo di partenza (Frazione/Città/Provincia)		Indirizzo (Via/Piazza/Struttura sanitaria)	
Piano/scala/interno/reparto/stanza	Ascensore	Referente sul luogo	Telefono
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

**E DOVRA' ESSERE TRASPORTATO IN:**

Luogo di arrivo (Frazione/Città/Provincia)		Indirizzo (Via/Piazza/Struttura sanitaria)	
Piano/scala/interno/reparto/stanza	Ascensore	Referente sul luogo	Telefono
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

**PER IL SEGUENTE MOTIVO:**

Ricovero  Trasferimento  Dimissione  Visita di controllo  Altro \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI INERENTI L'INTERESSATO:**

Ha necessità del medico?  SI  NO - Ha protesi?  SI  NO - Ha necessita di ossigeno?  SI  NO

Peso in Kg \_\_\_\_\_ - Posizione di trasporto  supino  seduto  altro \_\_\_\_\_

Il trasporto sarà effettuato con  ambulanza  veicolo per disabili  autoveicolo -  andata/ritorno

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_ TE: