



Distretto Socio-Sanitario N. 5

**Sportello Sanitario Este**

Tel:0429/618453-618347 Fax:0429/618521

E\_mail: sportellosanitario.este@aulss6.veneto.it

**Sportello Sanitario Monselice**

Tel:0429/788545-788770 Fax:0429/788245

E\_mail: sportellosanitario.monselice@aulss6.veneto.it

**RICHIESTA TRASPORTO PROGRAMMATO CON AMBULANZA PER CONSULENZE,  
 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI STRUMENTALI**
**Per cittadini non trasportabili con altro mezzo ai sensi DGR 1411 del 06.09.2011**

(DEVE PERVENIRE ALMENO 4 GIORNI LAVORATIVI PRIMA DEL TRASPORTO)

<b>Richiedente</b>					
<b>Medico di Medicina Generale:</b>					
<b>Dati anagrafici dell'utente</b>					
<b>Cognome :</b>			<b>Nome:</b>		
<b>STP:</b>			<b>TEAM:</b>		
<b>T.S.:</b>			<b>C.F.:</b>		
<b>Data nascita:</b>			<b>Telefono:</b>		
<b>Comune Domicilio:</b>					
<b>Indirizzo:</b>				<b>N°:</b>	
<b>PRESTAZIONI</b> come da DGR 1411 del 06.09.2011 All. A "Disp. relative agli oneri dei Servizi di Soccorso e Trasporto Sanitario":					
<b>Presso:</b>					
<b>Il giorno</b>				<b>Alle ore</b>	
<b>Trasporto da effettuarsi in:</b> <input type="checkbox"/> Barella <input type="checkbox"/> Sedia					
<b>Altro:</b>					

Data richiesta: .....

Timbro e Firma del MMG

Trasporto Annullato

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_

Data autorizzazione:.....

Timbro e Firma del Dir. Medico D.S.S. N. 5  
 Per autorizzazione