



Gruppo Comunale di Protezione Civile Città di Airola



Alla c.a. del Presidente

OGGETTO : Richiesta Servizio Autoambulanza per Trasporti Infermi

Il sottoscritto : _____

nato a _____ il _____ Provincia di _____

e residente ad _____ alla via _____

n.c. _____ tel. _____

CHIEDE

Alla S.V. di poter usufruire del servizio autoambulanza per il trasporto del paziente

Sig. _____ impossibilitato a viaggiare con
mezzi normali di trasporto in quanto affetto da _____

A tal fine precisa che il paziente dovrà essere prelevato da _____

alla via _____ n.c. _____ il giorno

_____ alle ore _____ ed essere trasportato presso _____

Per eventuali comunicazioni telefonare al seguente recapito telefonico _____

Il sottoscritto **DICHIARA** che, il paziente può essere trasportato con autoambulanza e che lo stesso non ha necessità di assistenza medica specialistica durante il viaggio per cui solleva l'intera organizzazione, ed in particolare l'equipaggio, da ogni responsabilità per eventuali problematiche di ordine medico sanitario che potrebbero verificarsi durante il viaggio.

Sicuro di un benevole accoglimento della presente, ed attesa di riscontro, porgo distinti saluti.

Airola li _____

In Fede _____

Il Sindaco

Protocollo

Autorizza