

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:			
<input type="checkbox"/> Ricovero <input type="checkbox"/> Trasferimento <input type="checkbox"/> Dimissione <input type="checkbox"/> Visita di controllo <input type="checkbox"/> Altro _____			
INFORMAZIONI INERENTI L'INTERESSATO:			
Ha necessità del medico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - Ha protesi? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO – Ha necessita di ossigeno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Peso in Kg _____ - Posizione di trasporto <input type="checkbox"/> supino <input type="checkbox"/> seduto <input type="checkbox"/> altro _____			
Il trasporto sarà effettuato con <input type="checkbox"/> ambulanza <input type="checkbox"/> veicolo per disabili <input type="checkbox"/> autoveicolo - <input type="checkbox"/> andata/ritorno			
NOTE:			

COMUNICAZIONI E RICHIESTE:

- Il richiedente/interessato è informato che l'equipaggio dell'ambulanza potrebbe essere composto da soli volontari, abilitati, comunque, al trasporto degli infermi, al primo soccorso ed all'uso del defibrillatore semiautomatico e che potrebbe non essere presente medico o infermiere. In caso di emergenza sanitaria durante il tragitto, l'equipaggio potrà decidere di recarsi al pronto soccorso più vicino ovvero fermarsi ed attendere sul posto l'arrivo di personale del 118;
- Il richiedente è informato che ogni 6 ore continuative di servizio (compreso il tempo necessario per recarsi sul posto e per il ritorno in sede) ovvero in concomitanza degli orari del pranzo e della cena i Volontari impiegati avranno **diritto ad un pasto** ed, oltre le 12 ore di servizio fuori sede, **al pernottamento** le cui spese saranno a suo carico;
- Il richiedente del servizio o l'interessato comunica che il medico/infermiere da lui direttamente incaricato e retribuito, è il _____, telefono _____
- Il richiedente del servizio o l'interessato essendo impossibilitato a reperire un medico/infermiere chiede alla C.R.I. di individuarne uno di fiducia dichiarando di accollarsene l'intero onorario.
- **INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D. Lgs 196/2003):**
Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, si informa la S.V. che i dati comunicati formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa per l'esclusivo fine di provvedere agli adempimenti connessi ai servizi richiesti o alle procedure amministrative della Croce Rossa Italiana, degli enti pubblici o di altri soggetti privati eventualmente interessati. Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantirne sicurezza e riservatezza e potrà essere effettuato in forma scritta e supporto cartaceo, elettronico o telematico. In relazione al predetto trattamento Lei potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs. 196/2003, ossia: diritto di accesso ai dati, diritto di conoscere se esistono Suoi dati personali registrati, ottenerne la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, opporsi al trattamento di dati illegittimi o quello effettuato per fini diversi. Il titolare del trattamento dei dati è l'Associazione di Promozione Sociale "Croce Rossa Italiana - Comitato locale di Itri". Ulteriori informazioni potranno essere direttamente richieste alla medesima Unità C.R.I. incaricata di espletare il servizio. Apponendo la firma in calce al presente modulo Lei esprime il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, assumendone la piena responsabilità circa la loro autenticità e genuinità.

ACCETTAZIONE DEL SERVIZIO (parte riservata alla C.R.I.)

La "Croce Rossa Italiana - Comitato locale di Itri" informa il richiedente/interessato che il servizio sarà effettuato seguendo le indicazioni di cui sopra e che lo stesso avrà il seguente costo indicativo:

- tariffa extraurbana**, € _____ (€40/chiamata, €0,75/Km, €15-20/ora di sosta oltre la prima)
- tariffa locale/breve**, € _____ (€40/urbano, €60 ≤30 Km/AR, €15-20/ora di sosta oltre la prima)
- tariffa concordata**, € _____ (per particolari servizi, escluse le eventuali spese accessorie)
- più spese accessorie**, € _____ (per onorari medico/infermiere, pasti, pernottamenti ecc.)
- più €2,00 in caso di rilascio fattura per importi superiori ad €uro 77,47

Gli onorari di medici/infermieri e le altre spese accessorie non preventivate sopra saranno:

- a carico del richiedente/interessato che provvederà direttamente a corrisponderli;
- a carico della C.R.I. che specificherà le singole voci nella fatturazione.

Il richiedente/interessato firmando in calce accetta le condizioni di cui sopra ed i relativi costi che si impegna a corrispondere:

- in acconto per la quota parte di € _____, in contanti/assegno non trasferibile
- a saldo al termine del servizio in contanti o con assegno non trasferibile
- a saldo con bonifico bancario sul conto corrente IBAN: "IT 68 A 05296 74000 CC0150007418"

Itri, ___/___/____

L'Operatore C.R.I. _____

Luogo _____, data ___/___/____

Firma del richiedente _____