

OGGETTO: richiesta di TRASPORTO SANITARIO per infermi indigenti/in stato di bisogno

IL SOTTOSCRITTO:			
Cognome e nome		luogo e data di nascita	
Indirizzo di residenza		Telefono	In qualità di
CHIEDE IL TRASPORTO DI (solo se diverso dal sottoscritto):			
Cognome nome		luogo e data di nascita	
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
	<input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO		
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
	<input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO		
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 - 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 _____ Per il trasporto si richiede l'utilizzo di: <input type="checkbox"/> ambulanza <input type="checkbox"/> autovettura <input type="checkbox"/> veicolo per disabili			
NOTE: _____			

COMUNICAZIONI E RICHIESTE:

- Il richiedente 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 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 delle strutture private interessate. I dati potranno essere trattati in forma anonima per effettuare statistiche o ricerche destinate al miglioramento dei servizi. 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. I dati a Lei riferibili potranno essere comunicati: a soggetti esterni che svolgono specifici incarichi per conto della nostra Associazione, nell'ambito dell'attività esercitata e dei sottostanti adempimenti; a soggetti pubblici o privati con cui la Croce Rossa Italiana intrattiene rapporti di servizio o di collaborazione; nei casi previsti dalla normativa vigente. 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 la Croce Rossa Italiana, ed il responsabile o l'incaricato, il titolare dell'articolazione territoriale interessata. Ulteriori informazioni potranno essere direttamente richieste all'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.

Itri, li ___/___/_____ -

Firma del richiedente/interessato _____

INOLTRE DELLA RICHIESTA (parte riservata al Comune)

Si richiede al Presidente del Comitato locale di Itri la disponibilità ad effettuare il servizio seguendo le indicazioni di cui sopra e secondo quanto previsto dagli accordi, in quanto l'interessato è persona indigente/in stato di bisogno.

L'eventuale pagamento della prestazione del medico/infermiere e delle altre spese accessorie sarà:

- a cura del Comune di Itri/richiedente/interessato;
- a carico della C.R.I. che emetterà fattura/ricevuta al Comune di Itri/richiedente/interessato.

Itri, li ___/___/_____ - L'Amministrazione Comunale

(Timbro e firma dell'incaricato)

ACCETTAZIONE DELLA RICHIESTA (parte riservata alla C.R.I.)

Prot. n. CRI-CL _____ - 2016 del ___/___/_____

L'Operatore CRI _____