

Modulistica per richiesta dimissione in fascia oraria notturna. Percorso per richiesta di ambulanza in persone con dimissione da Strutture Sanitarie Azienda Usl Romagna.

Richiesta di trasporto con costo a carico del paziente

D
A

C
O
M
P
I
L
A
R
E

A

C
U
R
A

D
E
L

P
A
Z
I
E
N
T
E

Io sottoscritto/a

(nome) _____ /(cognome) _____

nato/a il _____ /a _____ /Prov. _____

Telefono (fisso o cellulare) _____ /email _____

DICHIARO DI ESSERE

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

☐ il diretto interessato

☐ il genitore (con la potestà legale)

del minore (nome) _____ /(cognome) _____

nato/a il _____ /a _____ /Prov. _____

☐ il tutore

☐ il curatore

☐ l'amministratore di sostegno

di (nome) _____ /(cognome) _____

nato/a il _____ /a _____ /Prov. _____

DICHIARO INOLTRE

► di essere stato informato della possibilità di rivolgermi a qualsiasi Ditta/Ente di mia scelta per il trasporto o di poterlo effettuare con mezzi proprio

CHIEDO

scrivere le informazioni richieste

► all'Azienda USL di organizzare il trasporto al seguente indirizzo

Via _____ n. _____

Comune _____ /Prov. _____

al piano (specificare il piano) _____ /presenza dell'ascensore ☐ sì ☐ no

MI IMPEGNO

► a pagare il costo del trasporto

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia (D.P.R.445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa) . L'azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____

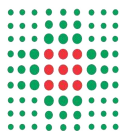
firma(per esteso e leggibile) _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo: _____

INFORMAZIONI IMPORTANTI

La documentazione per il pagamento sarà inviata all'indirizzo di posta elettronica indicato in questo modulo.



INFORMAZIONI PER IL TRASPORTO ASSISTITO

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE SANITARIO

il paziente

si trova presso

☐ **il Pronto Soccorso**

☐ **altra Unità Operativa (specificare)**

dell'Ospedale di (specificare)

pesa (specificare il peso in kg)

☐ cammina in autonomia

☐ cammina con ausili

☐ necessità di sedia a rotelle

☐ necessità di barella

☐ necessità di ossigeno

Data

/(firma dell'operatore sanitario (per esteso e leggibile))