

# MODULO RICHIESTA TRASPORTO SANITARIO



Richiesta da parte di

N°

Paziente/ Familiari	Medico Famiglia
Specialista	Altro

CHIEDE per

il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cell.(paziente) \_\_\_\_\_ cell.(referente) \_\_\_\_\_ e-mail (referente) \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_

Il trasporto presso gli Ospedali/Policlinico di

\_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ Oncologo di riferimento \_\_\_\_\_

Radioterapista di riferimento \_\_\_\_\_ Chirurgo di riferimento \_\_\_\_\_

Medico di Famiglia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Terapia oncologica : chemioterapia Si  No  Ciclo \_\_\_\_\_ Periodicità \_\_\_\_\_

Radioterapia Si  No  Ciclo N° \_\_\_\_\_ Tipologia \_\_\_\_\_ Periodicità \_\_\_\_\_

Presso Ospedale/Policlinico di \_\_\_\_\_

Si specifica che il paziente è in grado di deambulare anche se con assistenza, e non necessita di trasporto con sanitari a bordo. Si assume, inoltre, ogni responsabilità in caso di incidenti sopraggiunti nel corso del servizio prestato dall'associazione.

Si resta in attesa di essere convocato per un eventuale colloquio/consulto preliminare per valutare le condizioni del paziente e la presenza delle indicazioni previste dal regolamento. Si impegna, nel caso la presente domanda venisse accettata, di attenersi scrupolosamente alle condizioni stabilite per il trasporto del paziente presso gli ospedali per essere sottoposti a indagini diagnostiche, consulti o terapie oncologiche.

### Formula di consenso di adesione

Ricevuta l'informativa sul trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 della D.Lgs. 196/2003, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e per le finalità e nei limiti indicati dalla menzionata informativa. Consento altresì, in particolare ai trattamenti derivanti dalla comunicazione dei dati ai soggetti indicati al punto 3) dell'informativa stessa.

(luogo,data)

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_