T.S.S.A.

(Trasporto Sanitario e Soccorso in Ambulanza)

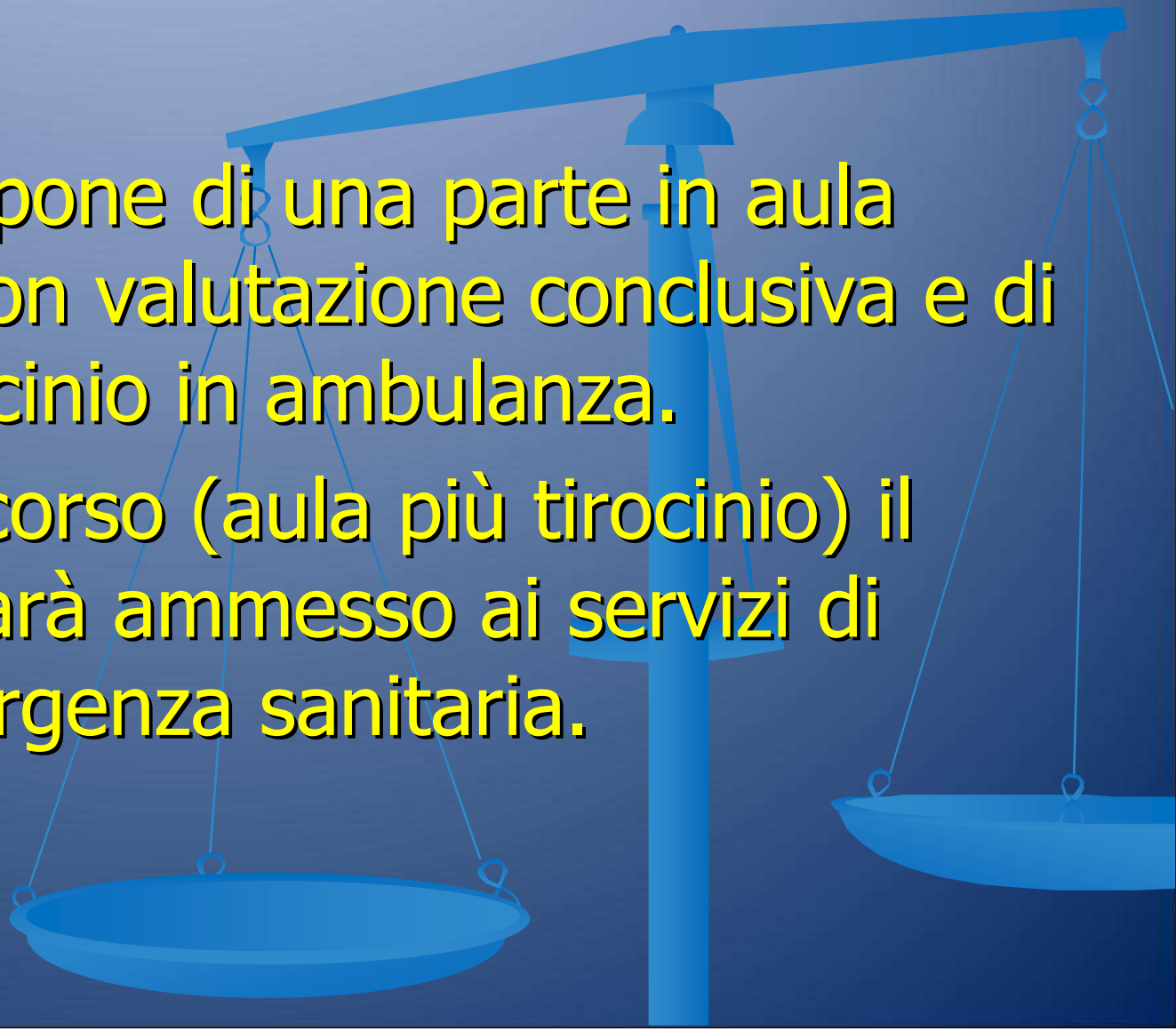
Delegato Provinciale
Formatore Nazionale di Guida C.R.I.
Cav. Massimo Bertulli

PERCHÈ DEL CORSO

Obiettivo del Corso T.S.S.A. per Soccorritori è fornire al Volontario le abilità necessarie per svolgere in sicurezza i servizi di Trasporto Infermi ed Emergenza Sanitaria.

Conoscere le specificità e saper utilizzare le dotazioni dei diversi mezzi di soccorso.

COMPOSIZIONE DEL CORSO

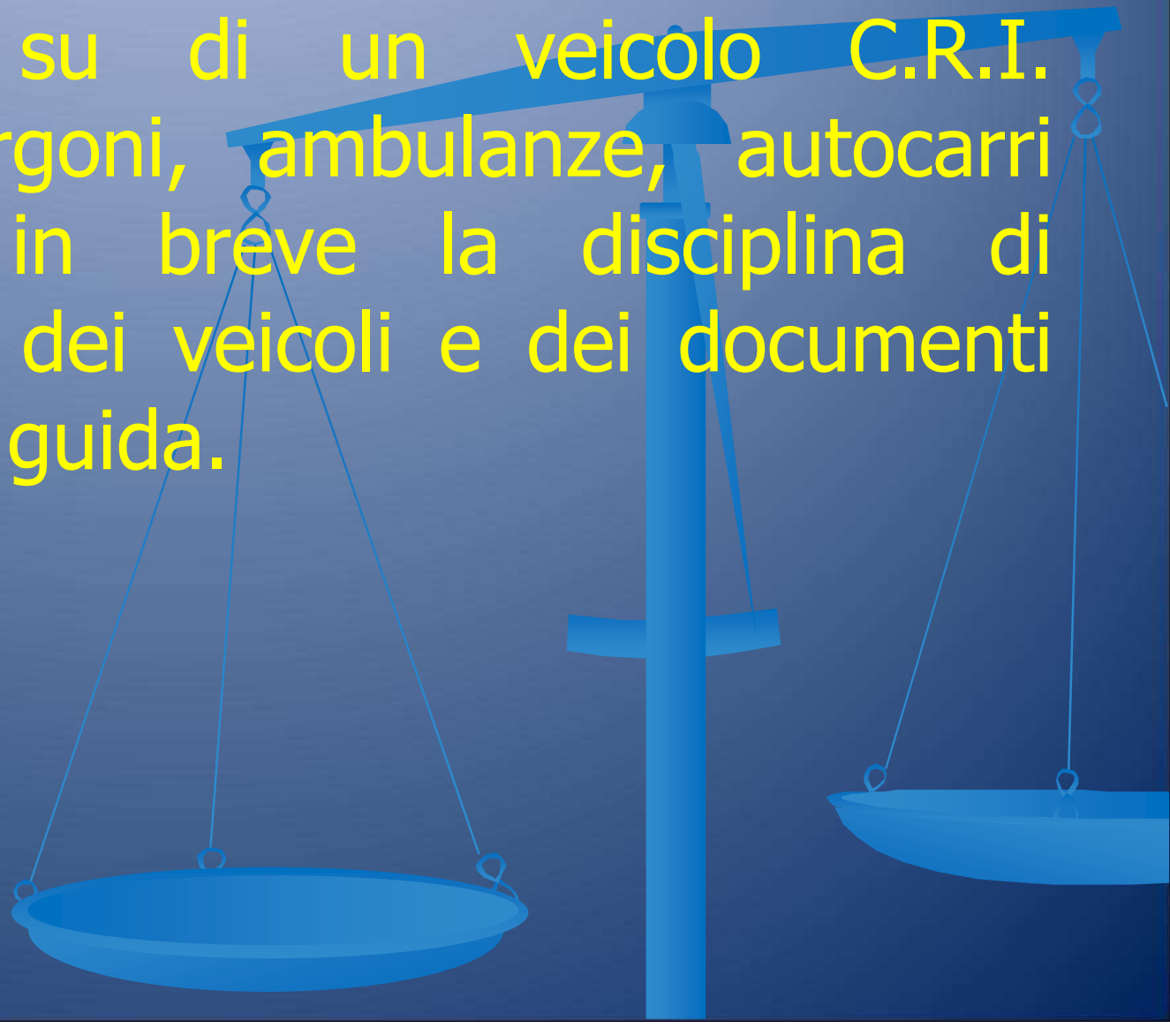


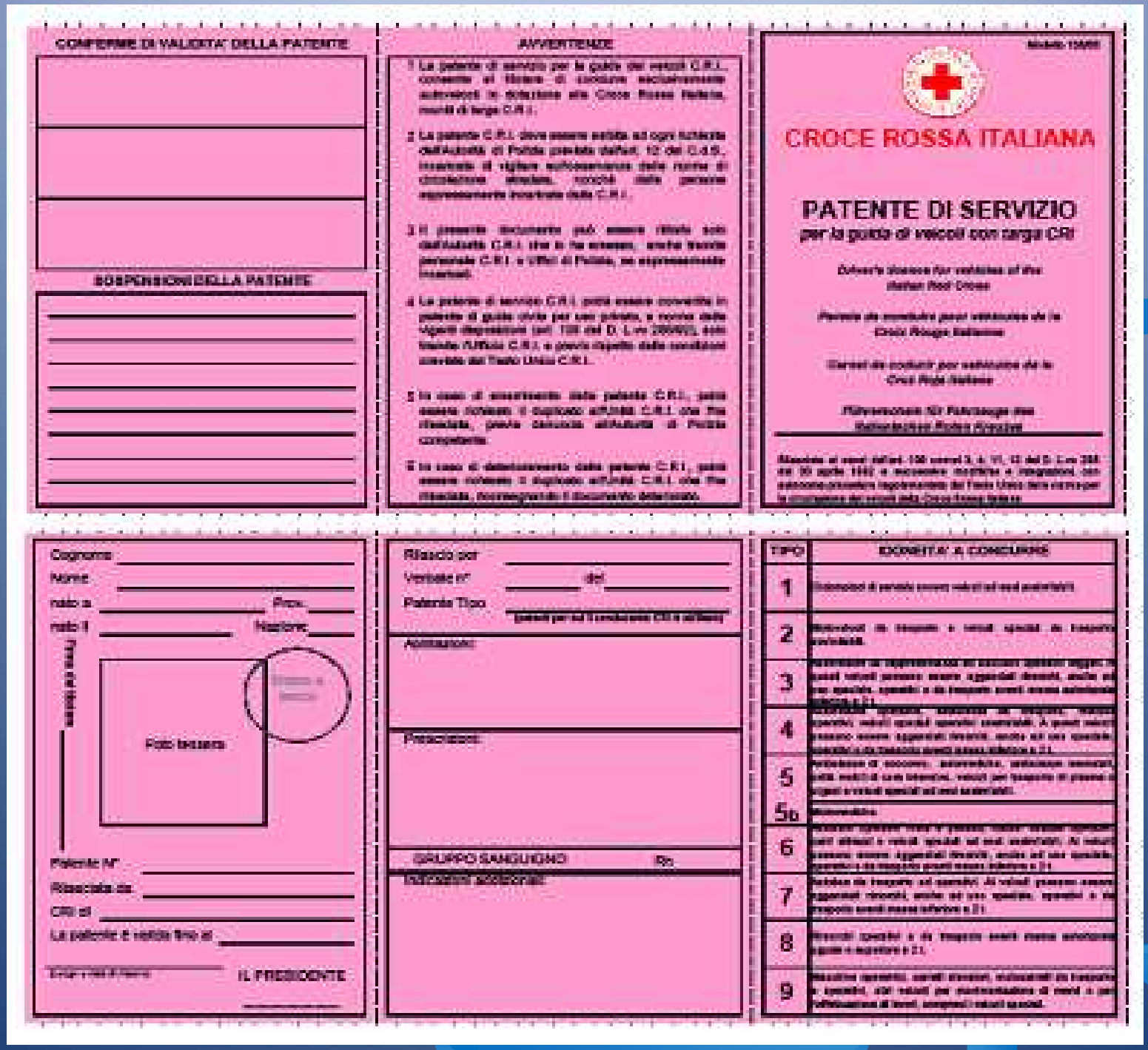
Il corso si compone di una parte in aula teorico/pratica, con valutazione conclusiva e di un tirocinio in ambulanza.

Al termine del corso (aula più tirocinio) il Volontario sarà ammesso ai servizi di emergenza sanitaria.

PREMESSA

Prima di salire su di un veicolo C.R.I. (autovetture, furgoni, ambulanze, autocarri ecc.) vediamo in breve la disciplina di immatricolazione dei veicoli e dei documenti obbligatori per la guida.





Patente di Servizio – Croce Rossa Italiana

Allegato 35 A /05 (INC)

CROCE ROSSA ITALIANA

_____

(Denominazione Unità di appartenenza)

RAPPORTO PER IL SINISTRO DEL GIORNO_____

(Da allegare alla denuncia alla Compagnia assicuratrice -ASSITALIA, G.G.L.- e all'Ufficio Provinciale Motorizzazione CRI, unitamente all'Allegato 35 C /05 (INC)

Il sottoscritto _____ nato a _____ (_____) il _____ residente in _____ (_____) via _____ civico n° _____ in servizio presso _____ dal _____ con patente 138/05 n°_____ Tipo _____ rilasciata in data_____, dichiara quanto segue:

Il giorno _____ alle ore _____ comandato di servizio con il veicolo CRI _____ marca _____ tipo _____ targa CRI_____ unitamente ai dipendenti _____ immatricolato in _____ giunto all'altezza di _____ veniva a collisione con il veicolo (marca e tipo) _____ targa _____ intestato a_____residente a _____(_____) via _____ n°_____ e condotto da _____ residente a _____(_____) via _____ n°_____ assicurato per la R.C.A. con la Compagnia Assicuratrice _____ (sede di_____) polizza n° _____

L'incidente è avvenuto nel seguente modo: *(descrizione dettagliata)*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nell'urto il VEICOLO C.R.I. riportava i seguenti danni:

_____

_____

valutabili approssimativamente in €. _____

Il VEICOLO DELLA CONTROPARTE riportava i seguenti danni:

_____

_____

Riportavano, altresì, lesioni le seguenti persone:

----conducente e trasportati sul veicolo CRI (qualifica, diagnosi, prognosi, indirizzo) _____

_____

_____

----conducente e trasportati sul veicolo di Cp. (qualifica, diagnosi, prognosi, indirizzo) _____

_____

_____

Autorità di Polizia intervenute: _____

Eventuali testimoni (nominativi esatti, indirizzo e telefono) _____

_____

A parere del sottoscritto la responsabilità è da attribuirsi a _____

_____

in quanto _____

_____

V/ IL RESPONSABILE IL SERVIZIO

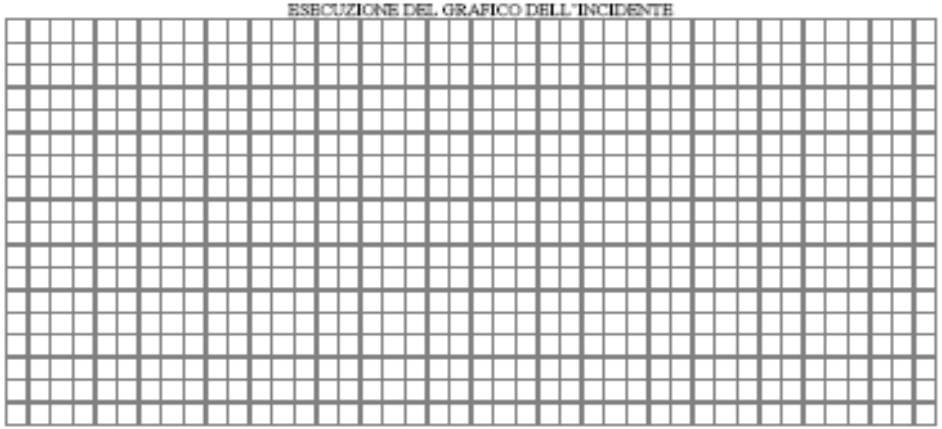
(qualifica e firma)

In fede, per la veridicità di quanto esposto

IL CONDUCENTE C.R.I.

(qualifica e firma)

ESECUZIONE DEL GRAFICO DELL'INCIDENTE



Rapporto sinistro – Croce Rossa Italiana

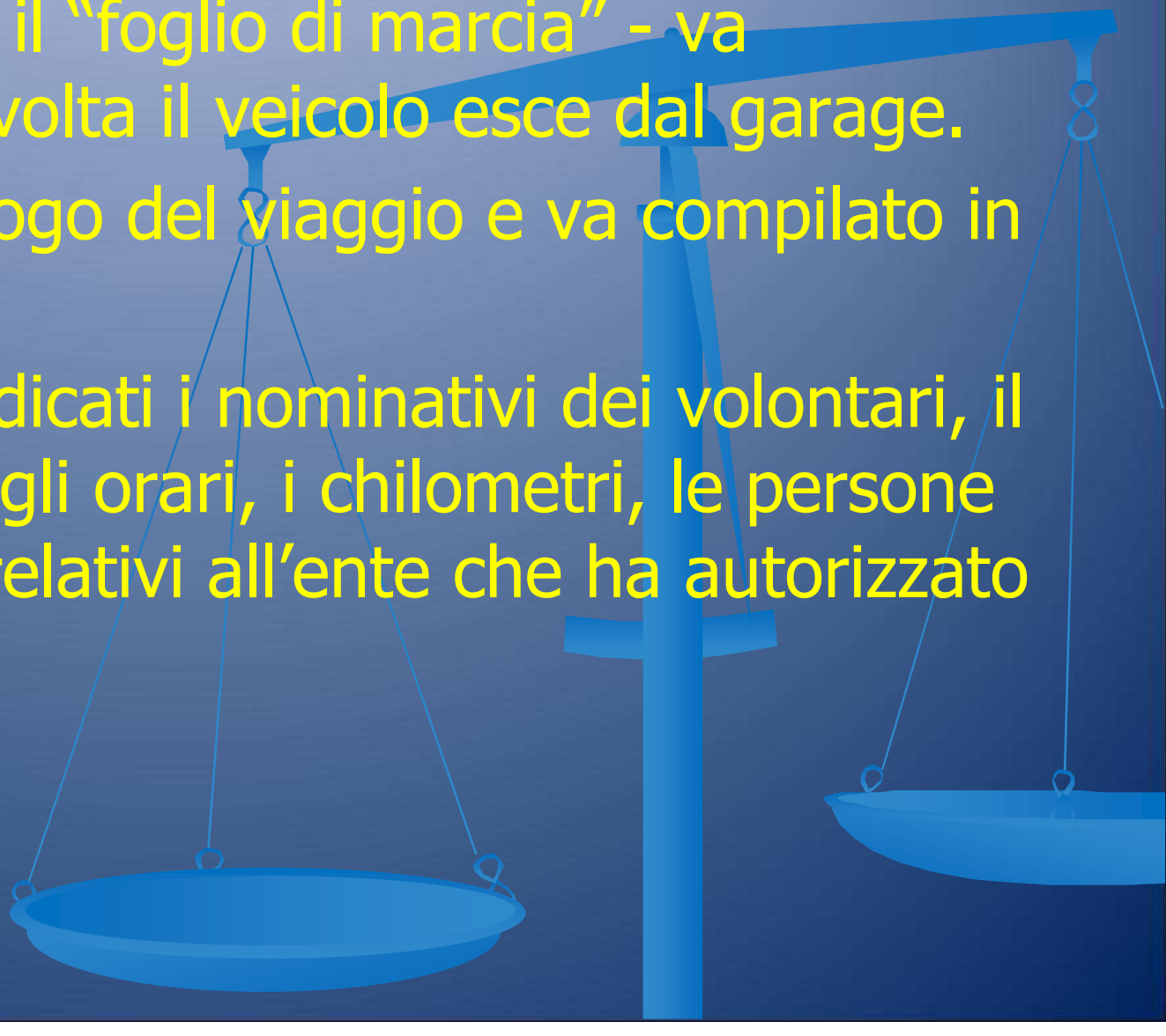
MODULISTICA

Esistono vari tipi di modulistica per l'effettuazione dei trasporti sanitari, differenti tra loro secondo il tipo di servizio richiesto.

I componenti l'equipaggio (autista o soccorritore) sono obbligati a compilare correttamente in ogni parte.

MODULISTICA

- Il primo stampato è il "foglio di marcia" - va compilato ogni qualvolta il veicolo esce dal garage.
- Consiste in un riepilogo del viaggio e va compilato in ogni parte.
- Sullo stesso sono indicati i nominativi dei volontari, il motivo del servizio, gli orari, i chilometri, le persone trasportate e i dati relativi all'ente che ha autorizzato il trasporto.



Modulistica
foglio di marcia

CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO LOCALE di
FERMIGNANO A.P.S.

FOGLIO DI MARCIA N° 507
per la movimentazione di AUTOMEZZI

709AA

☐ AUTOVETTURA ☐ AMBULANZA ☐ PULMINO: TARGA C.R.I. .....

Il conducente ..... esce dall'autorimessa con il mezzo suindicato con personale di scorta:

1) ..... 2) .....

MOTIVO DEL SERVIZIO: .....

USCITA	**RIENTRO**
GIORNO ..... ORA	GIORNO ..... ORA .....
CONTAKILOMETRI	CONTAKILOMETRI .....

SERVIZIO RICHIESTO DA: ☐ ASUR 2 URBINO ☐ ALTRO: (denominazione)

(cap) ..... *(città)* ..... *(via)* .....

PER: .....

PERSONE TRASPORTATE, INFORTUNI - PAZIENTI:
1) .....
2) .....
3) .....

ITINERARI:

Da ..... A ..... ☐ **e ritorno**

Da ..... A ..... ☐ **e ritorno**

Da ..... A ..... ☐ **e ritorno**

Note: .....

Il conducente

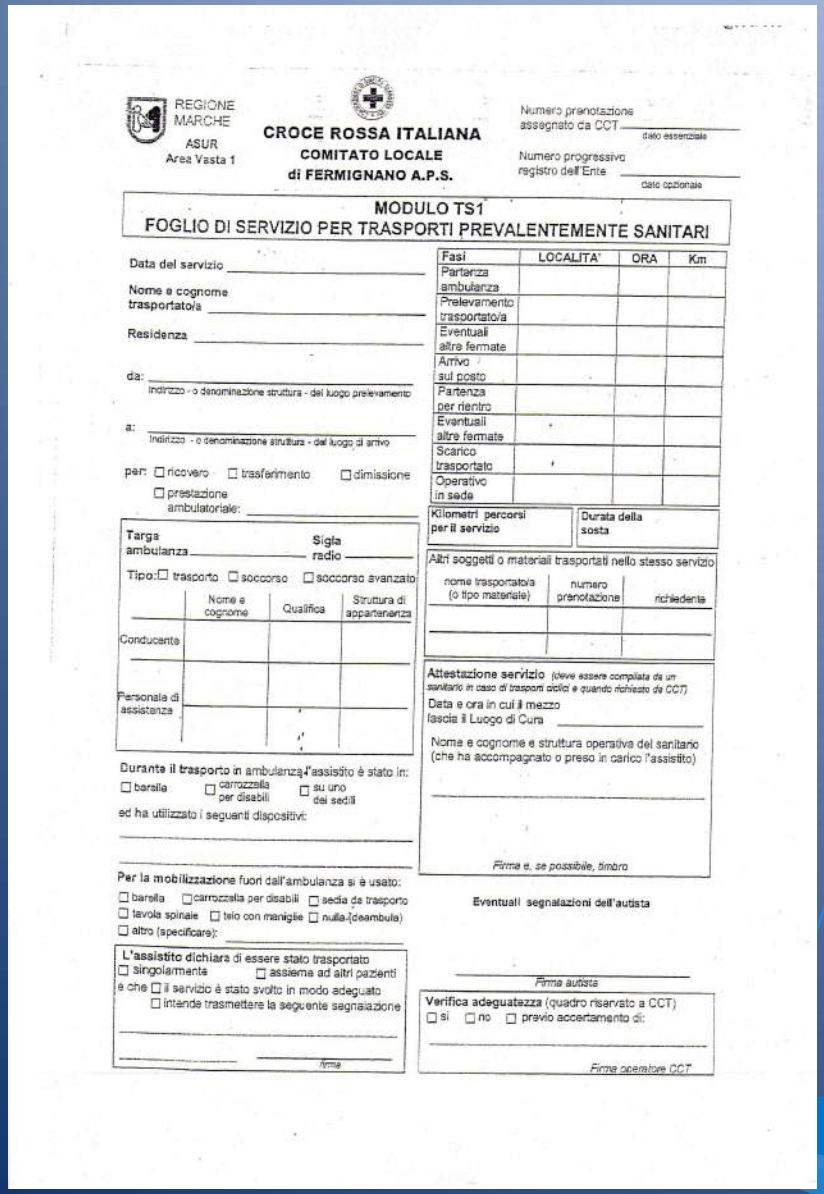
Note: il motivo di servizio che determina l'uso del veicolo deve essere indicato chiaramente nel foglio di uscita: Qualora vengano, invece adoperate forme vaghe, quali: servizi vari, a disposizione del comitato, giri in città, servizio sede, ecc.
I viaggi saranno ritenuti senz'altro ingiustificati.
OFM - art. 138 comma 1 Reg. - Allegato 38 A 05 (VEI) al testo unico O.C. n. 165/05 del 17/05/2005

Modulistica
per trasporti sanitari

I trasporti sanitari possono essere richiesti da:

- ASUR – tramite la C.C.T. (Centrale di Coordinamento Trasporti programmati)
- Da chiunque sia interessato a usufruire di un trasporto effettuato con mezzi della C.R.I.

MODULISTICA PER ASUR



REGIONE MARCHE
ASUR
Area Vasta 1

CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO LOCALE
di FERMIGNANO A.P.S.

Numero prenotazione assegnato da CCT _____ dato essenziale

Numero progressivo registro dell'Ente _____ dato opzionale

MODULO TS1
FOGLIO DI SERVIZIO PER TRASPORTI PREVALENTEMENTE SANITARI

Data del servizio _____

Nome e cognome trasportato/a _____

Residenza _____

da: _____
Indirizzo - o denominazione struttura - del luogo prelevamento

a: _____
Indirizzo - o denominazione struttura - del luogo di arrivo

per: ☐ ricovero ☐ trasferimento ☐ dimissione
☐ prestazione ambulatoriale: _____

Fasi	LOCALITA'	ORA	Km
Partenza ambulanza			
Prelevamento trasportato/a			
Eventuali altre fermate			
Arrivo sul posto			
Partenza per rientro			
Eventuali altre fermate			
Scarico trasportato			
Operativo in sede			

Kilometri percorsi per il servizio | **Durata della sosta**

Targa ambulanza _____ Sigla radio _____

Tipo: ☐ trasporto ☐ soccorso ☐ soccorso avanzato

	Nome e cognome	Qualifica	Struttura di appartenenza
Conducente			
Personale di assistenza			

Altri soggetti o materiali trasportati nello stesso servizio

nome trasportato/a (o tipo materiale)	numero prenotazione	richiedente

Attestazione servizio *(deve essere compilata da un sanitario in caso di trasporti sicili e quando richiesto da CCT)*
Data e ora in cui il mezzo lascia il Luogo di Cura _____
Nome e cognome e struttura operativa del sanitario (che ha accompagnato o preso in carico l'assistito)
_____
Firma e, se possibile, timbro

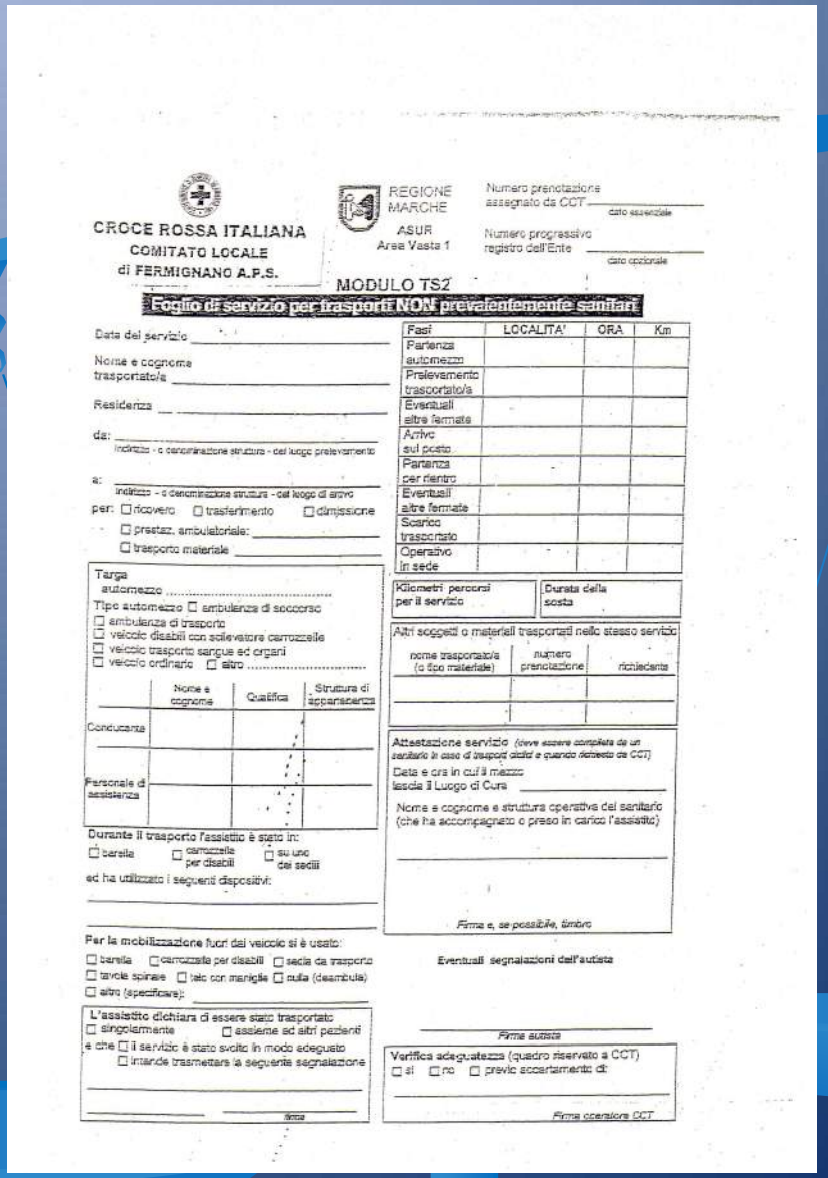
Durante il trasporto in ambulanza l'assistito è stato in:
☐ barella ☐ carrozzella per disabili ☐ su uno dei sedili
ed ha utilizzato i seguenti dispositivi: _____

Per la mobilizzazione fuori dall'ambulanza si è usato:
☐ barella ☐ carrozzella per disabili ☐ sedia da trasporto
☐ tavola spinale ☐ telo con maniglie ☐ nulla (deambula)
☐ altro (specificare): _____

Eventuali segnalazioni dell'autista
_____
Firma autista

L'assistito dichiara di essere stato trasportato
☐ singolarmente ☐ assieme ad altri pazienti
e che ☐ il servizio è stato svolto in modo adeguato
☐ intende trasmettere la seguente segnalazione
_____
_____ _____
firma

Verifica adeguatezza (quadro riservato a CCT)
☐ si ☐ no ☐ previo accertamento di:
_____
Firma operatore CCT



CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO LOCALE
di FERMIGNANO A.P.S.

REGIONE MARCHE
ASUR
Area Vasta 1

Numero prenotazione assegnato da CCT _____ dato essenziale

Numero progressivo registro dell'Ente _____ dato opzionale

MODULO TS2
Foglio di servizio per trasporti NON prevalentemente sanitari

Data del servizio _____

Nome e cognome trasportato/a _____

Residenza _____

da: _____
Indirizzo - o denominazione struttura - del luogo prelevamento

a: _____
Indirizzo - o denominazione struttura - del luogo di arrivo

per: ☐ ricovero ☐ trasferimento ☐ dimissione
☐ prestaz. ambulatoriale: _____
☐ trasporto materiale _____

Fasi	LOCALITA'	ORA	Km
Partenza automezzo			
Prelevamento trasportato/a			
Eventuali altre fermate			
Arrivo sul posto			
Partenza per rientro			
Eventuali altre fermate			
Scarico trasportato			
Operativo in sede			

Kilometri percorsi per il servizio | **Durata della sosta**

Targa automezzo .....
Tipo automezzo ☐ ambulanza di soccorso
☐ ambulanza di trasporto
☐ veicolo disabili con sollevatore carrozzelle
☐ veicolo trasporto sangue ed organi
☐ veicolo ordinario ☐ altro .....

	Nome e cognome	Qualifica	Struttura di appartenenza
Conducente			
Personale di assistenza			

Altri soggetti o materiali trasportati nello stesso servizio

nome trasportato/a (o tipo materiale)	numero prenotazione	richiedente

Attestazione servizio *(deve essere compilata da un sanitario in caso di trasporti sicili e quando richiesto da CCT)*
Data e ora in cui il mezzo lascia il Luogo di Cura _____
Nome e cognome e struttura operativa del sanitario (che ha accompagnato o preso in carico l'assistito)
_____
Firma e, se possibile, timbro

Durante il trasporto l'assistito è stato in:
☐ barella ☐ carrozzella per disabili ☐ su uno dei sedili
ed ha utilizzato i seguenti dispositivi: _____

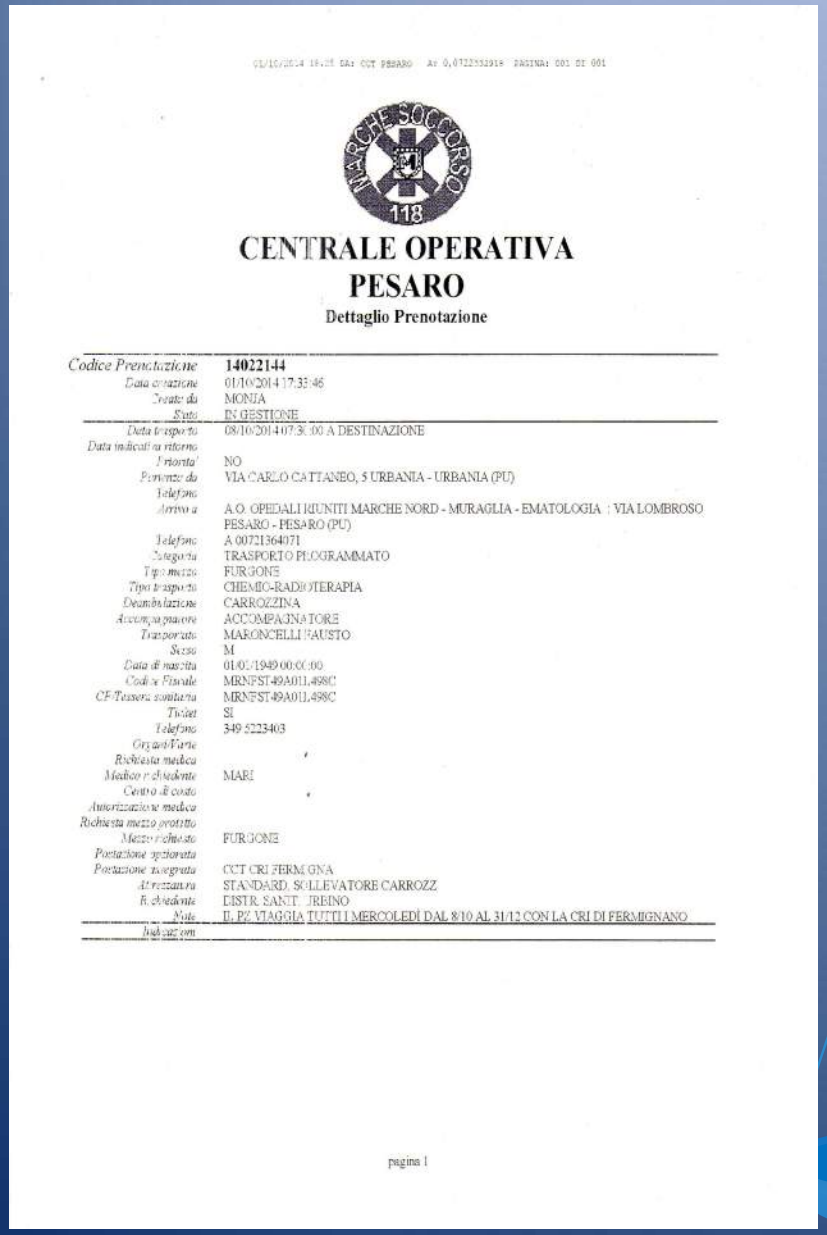
Per la mobilizzazione fuori del veicolo si è usato:
☐ barella ☐ carrozzella per disabili ☐ sedia da trasporto
☐ tavole spinali ☐ telo con maniglie ☐ nulla (deambula)
☐ altro (specificare): _____

Eventuali segnalazioni dell'autista
_____
Firma autista

L'assistito dichiara di essere stato trasportato
☐ singolarmente ☐ assieme ad altri pazienti
e che ☐ il servizio è stato svolto in modo adeguato
☐ intende trasmettere la seguente segnalazione
_____
_____ _____
firma

Verifica adeguatezza (quadro riservato a CCT)
☐ si ☐ no ☐ previo accertamento di:
_____
Firma operatore CCT

MODULI DELLA C.C.T.



01/10/2014 18.28 DA: CCT PESARO A: 0,0722352918 PAGINA: 001 DI 001

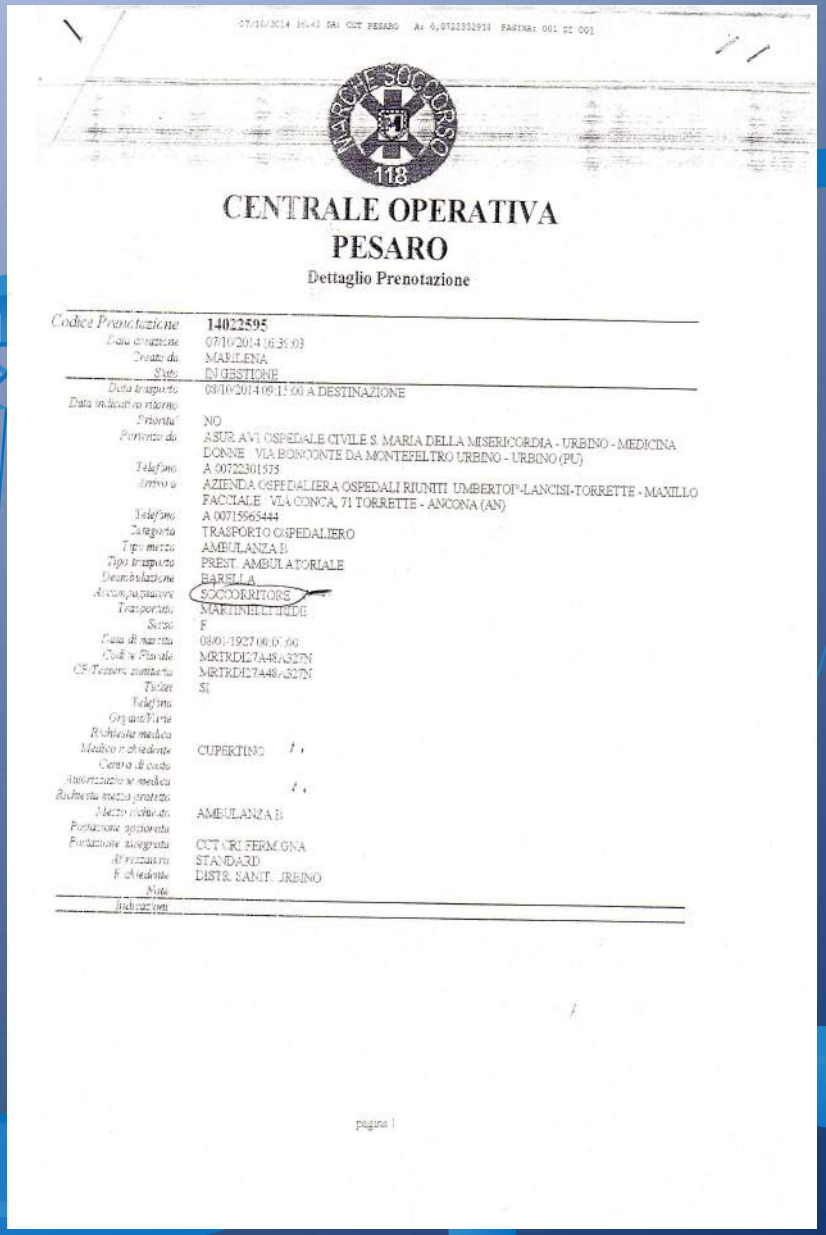
MARCHE SOCCORSO 118

CENTRALE OPERATIVA PESARO

Dettaglio Prenotazione

Codice Prenotazione	**14022144**
Data creazione	01/10/2014 17:35:46
Creato da	MONIA
Stato	IN GESTIONE
Data trasporto	08/10/2014 07:30:00 A DESTINAZIONE
Data indicativa ritorno	
Priorita'	NO
Partenza da	VIA CARLO CATTANEO, 5 URBANIA - URBANIA (PU)
Telefono	
Arrivo a	A.O. OPEDALI RIUNITI MARCHE NORD - MURAGLIA - EMATOLOGIA : VIA LOMBROSO PESARO - PESARO (PU)
Telefono	A 0721364071
Categoria	TRASPORTO PROGRAMMATO
Tipo mezzo	FURGONE
Tipo trasporto	CHEMIO-RADIOTERAPIA
Deambulazione	CARROZZINA
Accompagnatore	ACCOMPAGNATORE
Trasportato	MARONCELLI FAUSTO
Sesso	M
Data di nascita	01/05/1949 00:00:00
Codice Fiscale	MRNFST49A01L498C
CF-Tessera sanitaria	MRNFST49A01L498C
Ticket	SI
Telefono	349 5223403
Org.anti/Varie	
Richiesta medica	
Medico richiedente	MARI
Centro di costo	
Autorizzazione medica	
Richiesta mezzo protetto	
Mezzo richiesto	FURGONE
Prestazione aggiornata	
Prestazione integrata	CCT CRI FERMIGNA
Attrezzatura	STANDARD, SOLLEVATORE CARROZZ
Richiedente	DISTR. SANIT. JESINO
Note	IL PZ VIAGGIA TUTTI I MERCOLEDÌ DAL 8/10 AL 31/12 CON LA CRI DI FERMIGNANO
Indicazioni	

pagina 1



07/10/2014 16:43 DA: CCT PESARO A: 0,0722352918 PAGINA: 001 DI 001

MARCHE SOCCORSO 118

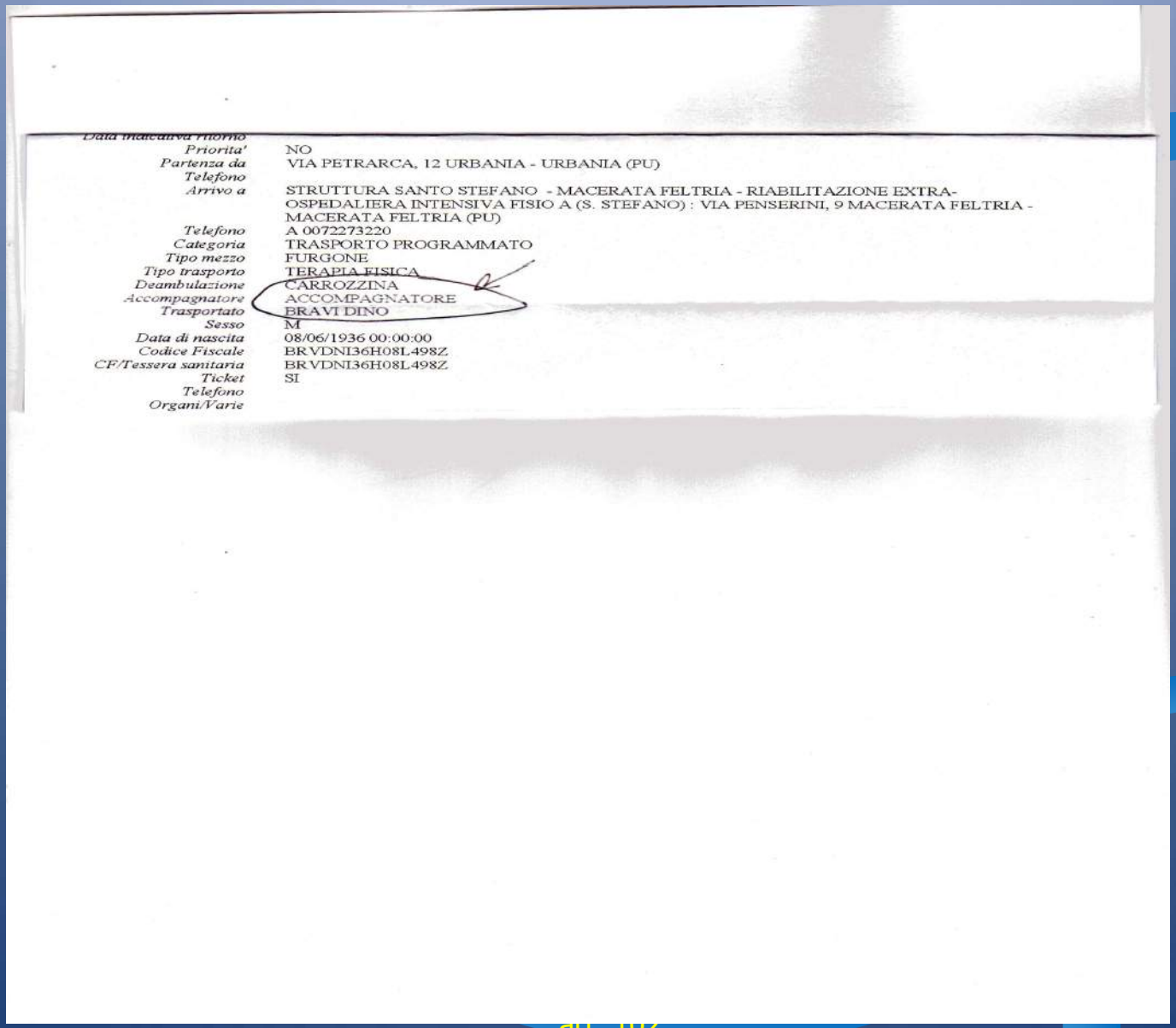
CENTRALE OPERATIVA PESARO

Dettaglio Prenotazione

Codice Prenotazione	**14022595**
Data creazione	07/10/2014 16:35:03
Creato da	MARILENA
Stato	IN GESTIONE
Data trasporto	08/10/2014 09:15:00 A DESTINAZIONE
Data indicativa ritorno	
Priorita'	NO
Partenza da	ASUR AV1 OSPEDALE CIVILE S. MARIA DELLA MISERICORDIA - URBINO - MEDICINA DONNE VIA BONCONTE DA MONTEFELTRO URBINO - URBINO (PU)
Telefono	A 0722301575
Arrivo a	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI UMBERTO°-LANCISI-TORRETTE - MAXILLO FACCIALE VIA CONCA, 71 TORRETTE - ANCONA (AN)
Telefono	A 00715965444
Categoria	TRASPORTO OSPEDALIERO
Tipo mezzo	AMBULANZA B
Tipo trasporto	PREST. AMBULATORIALE
Deambulazione	BARELLA
Accompagnatore	SOCCORRITORE
Trasportato	MARTINELLI UGO
Sesso	F
Data di nascita	08/01/1927 00:00:00
Codice Fiscale	MRTRDL27A48A327N
CF-Tessera sanitaria	MRTRDL27A48A327N
Ticket	SI
Telefono	
Org.anti/Varie	
Richiesta medica	
Medico richiedente	CUPERTINO
Centro di costo	
Autorizzazione medica	
Richiesta mezzo protetto	
Mezzo richiesto	AMBULANZA B
Prestazione aggiornata	
Prestazione integrata	CCT CRI FERMIGNA
Attrezzatura	STANDARD
Richiedente	DISTR. SANIT. JESINO
Note	
Indicazioni	

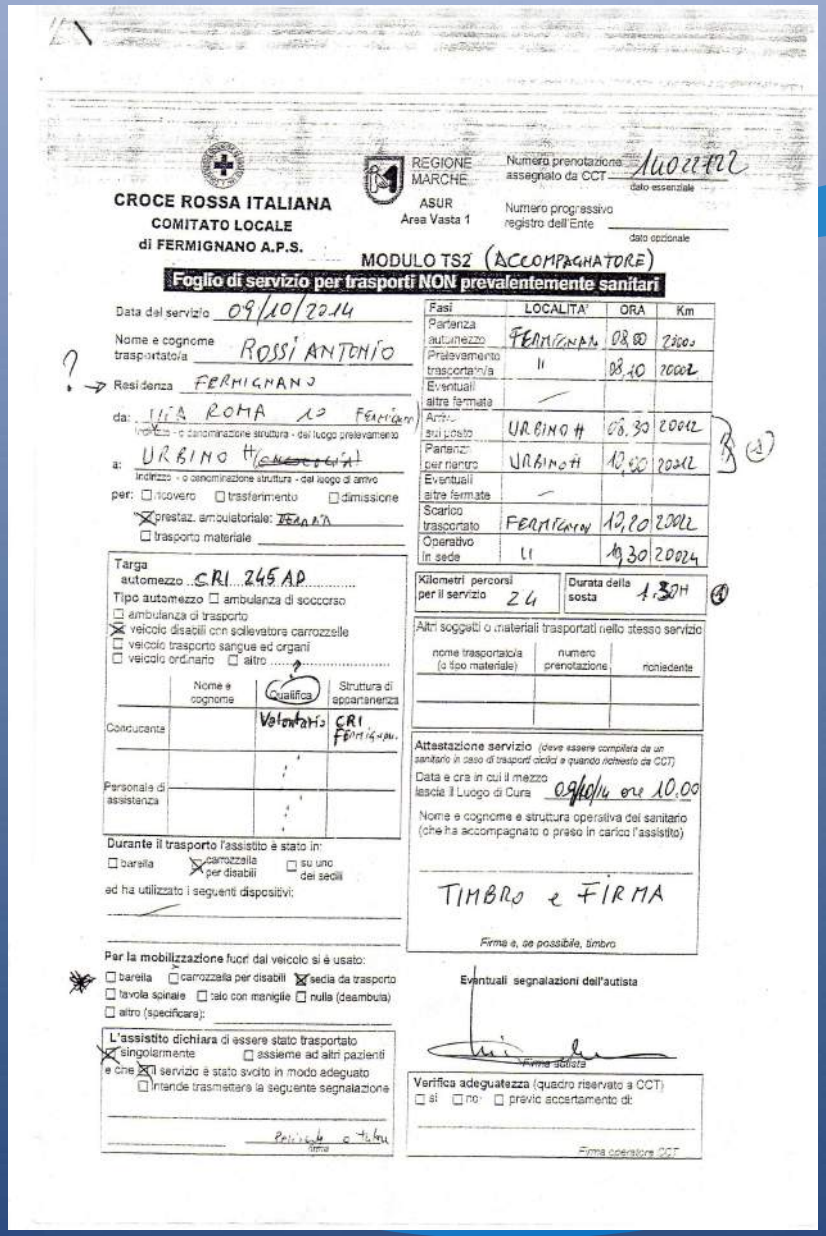
pagina 1

MODULI DELLA C.C.T.



Data indicativa ritorno	
Priorita'	NO
Partenza da	VIA PETRARCA, 12 URBANIA - URBANIA (PU)
Telefono	
Arrivo a	STRUTTURA SANTO STEFANO - MACERATA FELTRIA - RIABILITAZIONE EXTRA-OSPEDALIERA INTENSIVA FISIO A (S. STEFANO) : VIA PENSERINI, 9 MACERATA FELTRIA - MACERATA FELTRIA (PU)
Telefono	A 0072273220
Categoria	TRASPORTO PROGRAMMATO
Tipo mezzo	FURGONE
Tipo trasporto	TERAPIA FISICA
Deambulazione	CARROZZINA
Accompagnatore	ACCOMPAGNATORE
Trasportato	BRAVI DINO
Sesso	M
Data di nascita	08/06/1936 00:00:00
Codice Fiscale	BRVDNI36H08L498Z
CF/Tessera sanitaria	BRVDNI36H08L498Z
Ticket	SI
Telefono	
Organi/Varie	

ESEMPIO 1



CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO LOCALE
di FERMIGNANO A.P.S.

REGIONE MARCHE
ASUR
Area Vasta 1

Numero prenotazione assegnato da CCT 1100222 (dato essenziale)
Numero progressivo registro dell'Ente (dato opzionale)

MODULO TS2 (ACCOMPAGNATORE)

Foglio di servizio per trasporti NON prevalentemente sanitari

Data del servizio 09/10/2014

Nome e cognome trasportato/a ROSSI ANTONIO

Residenza FERMIGNANO

da: (Indirizzo - o denominazione struttura - del luogo prelevamento) VIA ROMA 12 FERMIGNANO

a: (Indirizzo - o denominazione struttura - del luogo di arrivo) URBINO H (OSPEDALE)

per: ☐ ricovero ☐ trasferimento ☐ dimissione
☒ prestaz. ambulatoriale: FISIATRIA
☐ trasporto materiale

Fasi	LOCALITA'	ORA	Km
Partenza automezzo	FERMIGNANO	08.00	23003
Prelevamento trasportato/a	li	08.10	20002
Eventuali altre fermate	—		
Arrivo sul posto	URBINO H	08.30	20012
Partenza per rientro	URBINO H	12.30	20012
Eventuali altre fermate	—		
Scarico trasportato	FERMIGNANO	12.20	20012
Operativo in sede	li	12.30	20024

Targa automezzo CRI 245 AP

Tipo automezzo ☐ ambulanza di soccorso
☐ ambulanza di trasporto
☒ veicolo disabili con sollevatore carrozzelle
☐ veicolo trasporto sangue ed organi
☐ veicolo ordinario ☐ altro .....

	Nome e cognome	Qualifica	Struttura di appartenenza
Conducente		Volontario	CRI FERMIGNANO
Personale di assistenza			

Kilometri percorsi per il servizio 24

Durata della sosta 1.30H

Altri soggetti o materiali trasportati nello stesso servizio

nome trasportato/a (o tipo materiale)	numero prenotazione	richiedente

Durante il trasporto l'assistito è stato in:
☐ barella ☒ carrozzella per disabili ☐ su uno dei sedili
ed ha utilizzato i seguenti dispositivi:
—

Per la mobilizzazione fuori dal veicolo si è usato:
☐ barella ☐ carrozzella per disabili ☒ sedia da trasporto
☐ tavola spinale ☐ telo con maniglie ☐ nulla (deambula)
☐ altro (specificare):

L'assistito dichiara di essere stato trasportato
☒ singolarmente ☐ assieme ad altri pazienti
e che ☒ il servizio è stato svolto in modo adeguato
☐ intende trasmettere la seguente segnalazione

Firma

Attestazione servizio *(deve essere compilata da un sanitario in caso di trasporti ciclici e quando richiesto da CCT)*
Data e ora in cui il mezzo lascia il Luogo di Cura 09/10/14 ore 10.00
Nome e cognome e struttura operativa del sanitario (che ha accompagnato o preso in carico l'assistito)

TIMBRO e FIRMA

Firma e, se possibile, timbro

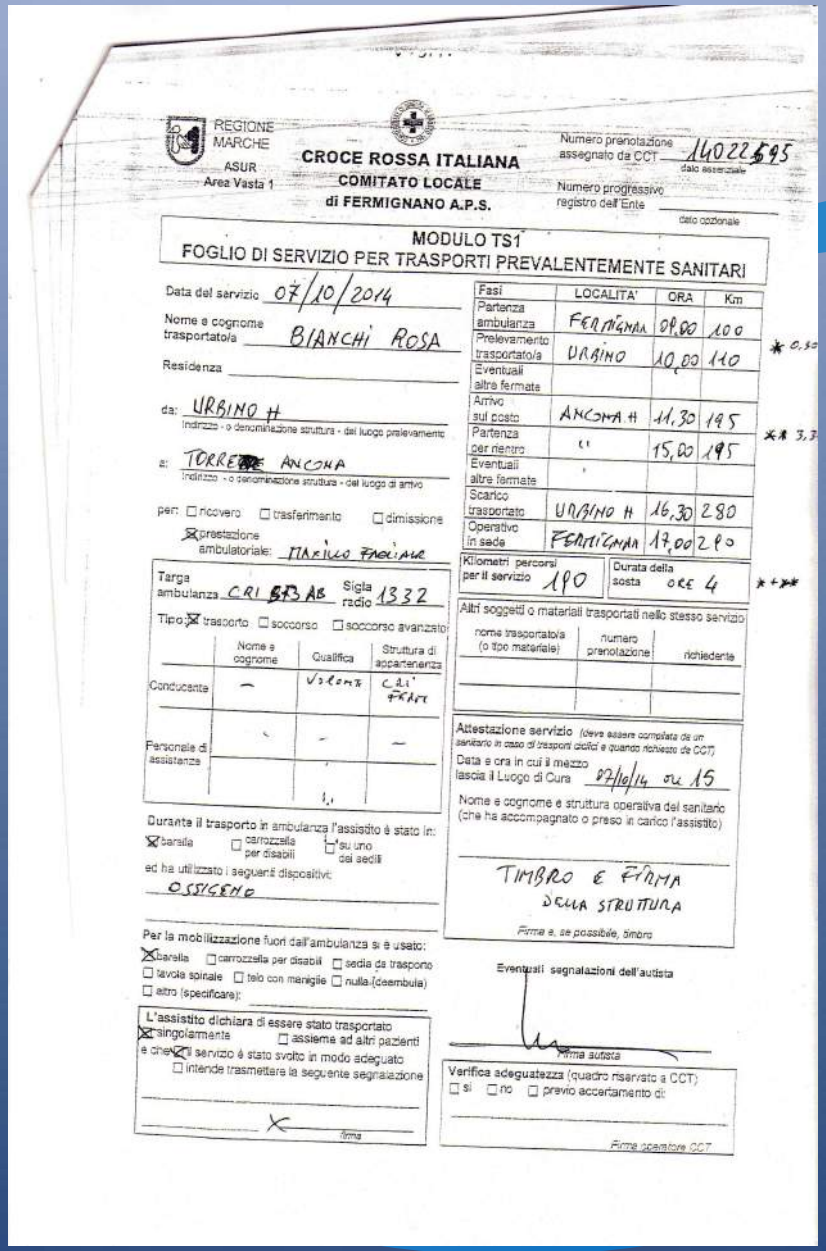
Eventuali segnalazioni dell'autista

Firma autista

Verifica adeguatezza (quadro riservato a CCT)
☐ si ☐ no ☐ previo accertamento di:

Firma operatore CCT

ESEMPIO 2



REGIONE MARCHE
ASUR Area Vasta 1

CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO LOCALE di FERMIGNANO A.P.S.

Numero prenotazione assegnato da CCT: 14022595 (dato essenziale)
Numero progressivo registro dell'Ente: (dato opzionale)

MODULO TS1
FOGLIO DI SERVIZIO PER TRASPORTI PREVALENTEMENTE SANITARI

Data del servizio: 07/10/2014

Nome e cognome trasportato/a: BIANCHI ROSA

Residenza:

da: URBINO H
Indirizzo - o denominazione struttura - del luogo prelevamento

a: TORRETTE ANCONA
Indirizzo - o denominazione struttura - del luogo di arrivo

per: ☐ ricovero ☐ trasferimento ☐ dimissione
☒ prestazione ambulatoriale: TIRILLO FABIANA

Fasi	LOCALITA'	ORA	Km
Partenza ambulanza	FERMIGNANO	09.00	100
Prelevamento trasportato/a	URBINO	10.00	110
Eventuali altre fermate			
Arrivo sul posto	ANCONA H	11.30	195
Partenza per rientro	"	15.00	195
Eventuali altre fermate			
Scarico trasportato	URBINO H	16.30	280
Operativo in sede	FERMIGNANO	17.00	290

Targa ambulanza: CRI 573 AB Sigla radio: 1332

Tipo: ☒ trasporto ☐ soccorso ☐ soccorso avanzato

	Nome e cognome	Qualifica	Struttura di appartenenza
Conducente	—	VOLONT.	C.R.I. FANO
Personale di assistenza	—	—	—

Kilometri percorsi per il servizio: 190

Durata della sosta: ORE 4

Altri soggetti o materiali trasportati nello stesso servizio

nome trasportato/a (o tipo materiale)	numero prenotazione	richiedente

Durante il trasporto in ambulanza l'assistito è stato in:
☒ barella ☐ carrozzella per disabili ☐ su uno dei sedili
ed ha utilizzato i seguenti dispositivi:
OSSIGENO

Per la mobilizzazione fuori dall'ambulanza si è usato:
☒ barella ☐ carrozzella per disabili ☐ sedia da trasporto
☐ tavola spinale ☐ telo con maniglie ☐ nulla (deambula)
☐ altro (specificare):

L'assistito dichiara di essere stato trasportato
☒ singolarmente ☐ assieme ad altri pazienti
e che ☒ il servizio è stato svolto in modo adeguato
☐ intende trasmettere la seguente segnalazione

Firma

Attestazione servizio (deve essere compilata da un sanitario in caso di trasporti critici e quando richiesto da CCT)
Data e ora in cui il mezzo lascia il Luogo di Cura: 07/10/14 ore 15
Nome e cognome e struttura operativa del sanitario (che ha accompagnato o preso in carico l'assistito)

TIMBRO E FIRMA DELLA STRUTTURA

Firma e, se possibile, timbro

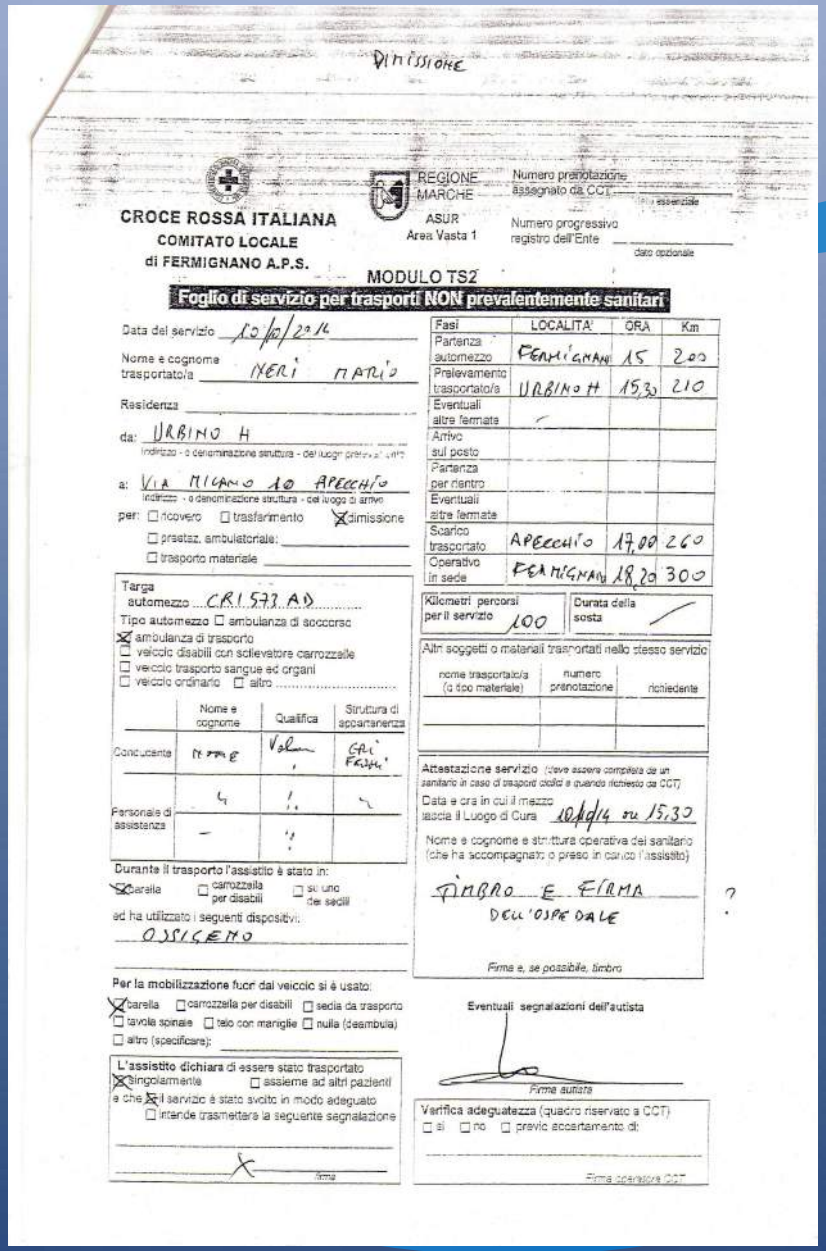
Eventuali segnalazioni dell'autista

Firma autista

Verifica adeguatezza (quadro riservato a CCT)
☐ si ☐ no ☐ previo accertamento di:

Firma operatore CCT

ESEMPIO 3



DIMISSIONE

REGIONE MARCHE — Numero prenotazione assegnato da CCT (dato essenziale)

CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO LOCALE
di FERMIGNANO A.P.S.

ASUR Area Vasta 1 — Numero progressivo registro dell'Ente (dato opzionale)

MODULO TS2

Foglio di servizio per trasporti NON prevalentemente sanitari

Data del servizio 10/10/2014

Nome e cognome trasportato/a IVERI MARIO

Residenza

da: URBINO H
Indirizzo - o denominazione struttura - del luogo di partenza

a: VIA MIGANO 10 APECCHIO
Indirizzo - o denominazione struttura - del luogo di arrivo

per: ☐ ricovero ☐ trasferimento ☒ dimissione
☐ prestaz. ambulatoriale: ☐ trasporto materiale

Fasi	LOCALITA'	ORA	Km
Partenza automezzo	FERMIGNANO	15	200
Prelevamento trasportato/a	URBINO H	15,30	210
Eventuali altre fermate			
Arrivo sul posto			
Partenza per rientro			
Eventuali altre fermate			
Scarico trasportato	APECCHIO	17,00	260
Operativo in sede	FERMIGNANO	18,20	300

Kilometri percorsi per il servizio 100 — Durata della sosta

Altri soggetti o materiali trasportati nello stesso servizio

nome trasportato/a (o tipo materiale)	numero prenotazione	richiedente

Targa automezzo CRI 573 AD

Tipo automezzo ☐ ambulanza di soccorso
☒ ambulanza di trasporto
☐ veicolo disabili con sollevatore carrozzelle
☐ veicolo trasporto sangue ed organi
☐ veicolo ordinario ☐ altro

	Nome e cognome	Qualifica	Struttura di appartenenza
Conducente	[illegible]	Volon.	CRI FERM.
Personale di assistenza	"	"	"
	-	"	

Durante il trasporto l'assistito è stato in:
☒ barella ☐ carrozzella per disabili ☐ su uno dei sedili

ed ha utilizzato i seguenti dispositivi:
OSSIGENO

Per la mobilizzazione fuori dal veicolo si è usato:
☒ barella ☐ carrozzella per disabili ☐ sedia da trasporto
☐ tavole spinali ☐ telo con maniglie ☐ nulla (deambula)
☐ altro (specificare):

L'assistito dichiara di essere stato trasportato
☒ singolarmente ☐ assieme ad altri pazienti
e che ☒ il servizio è stato svolto in modo adeguato
☐ intende trasmettere la seguente segnalazione

Firma

Attestazione servizio (deve essere compilata da un sanitario in caso di trasporti ciclici e quando richiesto da CCT)

Data e ora in cui il mezzo lascia il Luogo di Cura 10/10/14 ore 15,30

Nome e cognome e struttura operativa del sanitario (che ha accompagnato o preso in carico l'assistito)

TIMBRO E FIRMA DELL'OSPEDALE

Firma e, se possibile, timbro

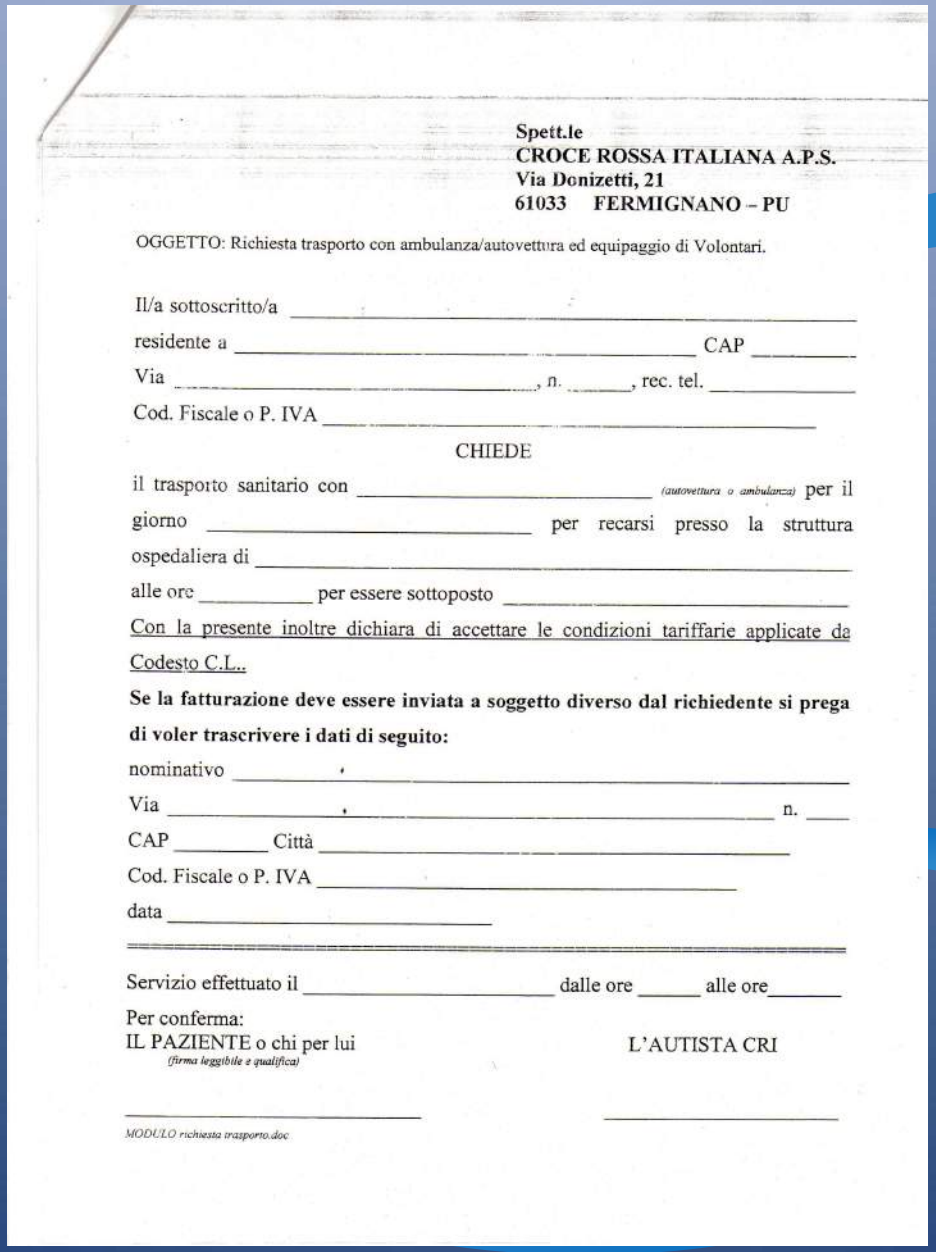
Eventuali segnalazioni dell'autista

Firma autista

Verifica adeguatezza (quadro riservato a CCT)
☐ sì ☐ no ☐ previo accertamento di:

Firma operatore CCT

SERVIZIO PRIVATO



Spett.le
CROCE ROSSA ITALIANA A.P.S.
Via Donizetti, 21
61033 FERMIGNANO – PU

OGGETTO: Richiesta trasporto con ambulanza/autovettura ed equipaggio di Volontari.

Il/a sottoscritto/a _____

residente a _____ CAP _____

Via _____, n. _____, rec. tel. _____

Cod. Fiscale o P. IVA _____

CHIEDE

il trasporto sanitario con _____ *(autovettura o ambulanza)* per il giorno _____ per recarsi presso la struttura ospedaliera di _____

alle ore _____ per essere sottoposto _____

Con la presente inoltre dichiara di accettare le condizioni tariffarie applicate da Codesto C.L..

Se la fatturazione deve essere inviata a soggetto diverso dal richiedente si prega di voler trascrivere i dati di seguito:

nominativo _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Cod. Fiscale o P. IVA _____

data _____

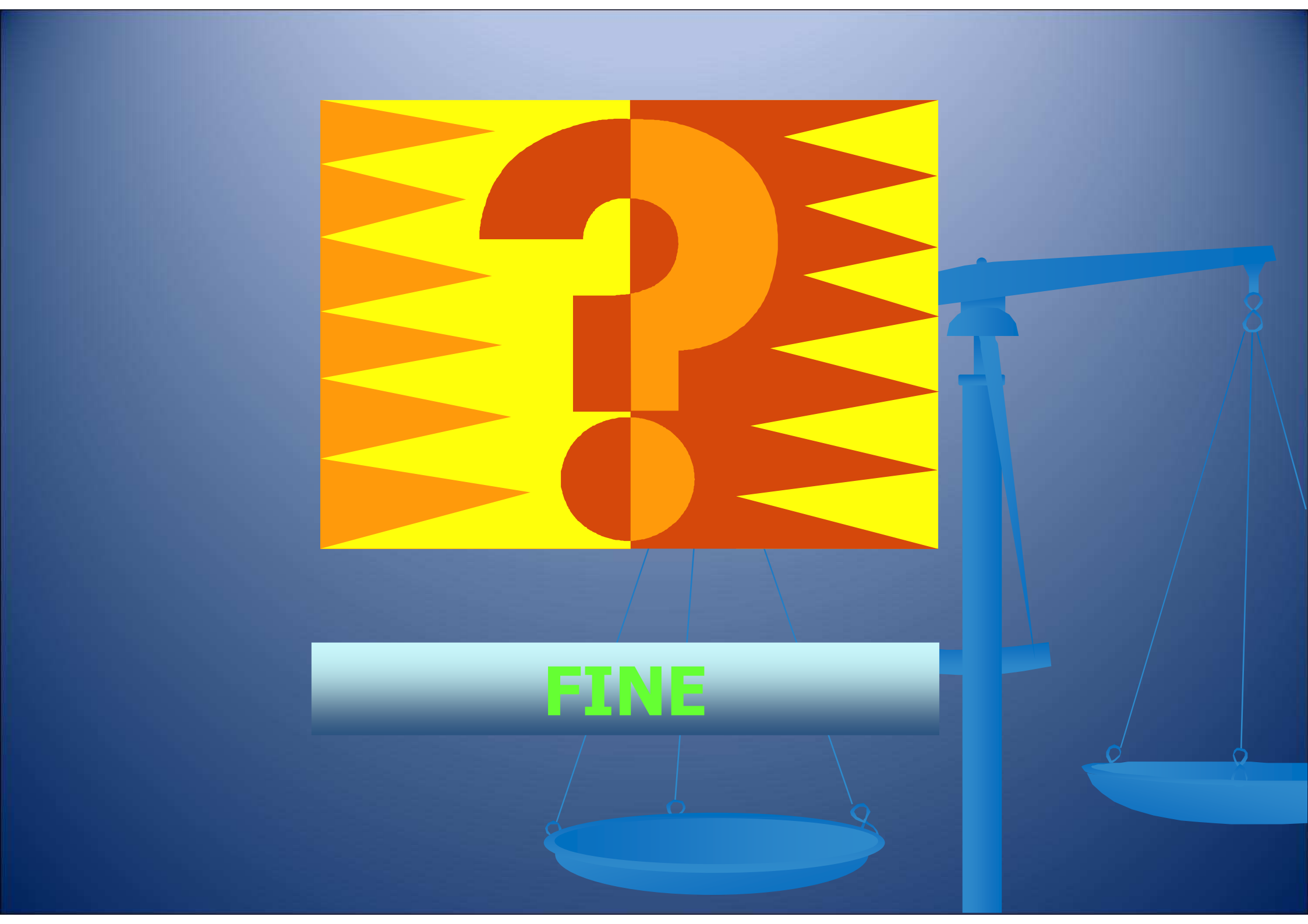
Servizio effettuato il _____ dalle ore _____ alle ore _____

Per conferma:
IL PAZIENTE o chi per lui
(firma leggibile e qualifica)

L'AUTISTA CRI

_____ _____

MODULO richiesta trasporto.doc


?
FINE