

MODULO DI RICHIESTA/AUTORIZZAZIONE

FOGLIO INFORMATIVO

Sig. _____ C.F. _____

Si richiede trasporto sanitario [] A/R [] solo Andata

Motivo del trasporto _____ giorno _____ ore _____

Provenienza _____ Destinazione _____

presso l'U.O. _____ di _____

il trasporto è

a carico dell'Azienda ULSS 12 Veneziana

Si dichiara che il paziente è non deambulante e non trasportabile con i comuni mezzi

- barellato

- in carrozzina ortopedica obbligatoria

- a causa di situazione clinica prevista dal protocollo al punto 1a

con quota di partecipazione alla spesa da parte dell'utente, per i pazienti non deambulanti ma trasportabili con i comuni mezzi, con addebito di 30 Euro a viaggio (60 euro andata e ritorno). L'utente è stato informato della quota dovuta e delle modalità di pagamento.

Firma dell'utente per accettazione

(solo nel caso dei pazienti domiciliari)

Timbro e firma del medico
(MMG o Medico Ospedaliero)

Data, _____

Si autorizza

(solo nei casi previsti dal regolamento)

Timbro e firma del Direttore di Distretto