

**Allegato 6**

Responsabile Centro Dialisi  
Ospedale S. Spirito  
fax 06-68352372

**RICHIESTA TRASPORTO CON AMBULANZA**  
(DGR 441/2014)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in Roma Via/Piazza \_\_\_\_\_ int \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi della **D.G.R. n° 441/2014**, il trasporto con Ambulanza dal proprio domicilio al Centro Dialisi

per poter effettuare la dialisi nei giorni \_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Data di attivazione del trasporto \_\_\_\_\_

Allega la certificazione del Nefrologo del Centro Dialisi, con firma leggibile e timbro, attestante la patologia invalidante temporanea o permanente che rende necessario il trasporto con ambulanza dalla propria abitazione al Centro Dialisi e viceversa.

Roma, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

**Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (D. Lgs. 196/03)**

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria al raggiungimento di quanto richiesto e comunque nel rispetto del D.Lgs. 196/2003.

Roma, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma