

Allegato 6

Responsabile Centro Dialisi
Ospedale S. Spirito
cinzia.zaccheo@aslroma1.it

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