

Allegato 4

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 il ___/___/_____ a _____ prov) _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)

residente a _____ Via/Piazza _____ n _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ Indirizzo mail _____

(se domicilio diverso dalla residenza)

domiciliato a _____ Via/Piazza _____ n _____ CAP _____

in qualità di:

diretto interessato

genitore/legale rappresentate di _____
cognome _____ nome _____

nato/a il ___/___/_____ a _____ (prov) _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato)

residente a _____ Via/Piazza _____

n _____ CAP _____ Codice Fiscale _____ Telefono _____

(se domicilio diverso dalla residenza)

domiciliato a _____ Via/Piazza _____

n _____ CAP _____

Distretto sanitario di appartenenza dell'assistito:

- Distretto 1
 Distretto 2
 Distretto 3
 Distretto 13
 Distretto 14
 Distretto 15

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.

Data ____/____/____

Firma _____

Informativa ai sensi della normativa sulla tutela dei dati personali (Regolamento Ue 679/2016)

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della suddetta normativa europea. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 15-22 del Regolamento europeo 679/2016.

Data ____/____/____

Firma _____