



A.D.A.M.O. onlus
Associazione Domiciliare Assistenza Malati Oncologici
Via Milano n. 12 - 00153 Città del Vaticano - tel. 0766/220894

RICHIESTA DI TRASPORTO SANITARIO NON URGENTE
Attestazione medica per il trasporto (da compilare integralmente)

Il/la paziente _____, nato/a il ____/____/____
residente in _____ via _____
a causa del suo stato di salute (specificare la diagnosi e le condizioni che controindicano il trasporto
con mezzi comuni) _____

con coesistenza di patologia _____

Peso: _____ **Deambulazione:** no si

Apparato osteoarticolare: Fratture: no si specificare _____

Altre disabilità: no si specificare _____

Mobilizzazione: con sedia barella altro specificare _____

Allergie: farmaci: no si specificare _____

altro specificare _____

Può essere trasportato solo con Ambulanza **il giorno:** ____/____/____ **alle ore** ____:

per eseguire _____

Tragitto: da _____ a _____ e ritorno.

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico

Parte riservata al paziente o suo rappresentate

Il sottoscritto dichiara di essere informato ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire la prosecuzione della presa in carico da parte dell'ADAMO ONLUS. Esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, in base agli artt. 81 e 82 Codice Privacy.

Firma

RISERVATO ALL'ADAMO ONLUS

Si autorizza il trasporto: no si Timbro e firma _____