



Il/la paziente _____, nato il ____/____/____

C.F. _____ residente in _____

via _____ tel.: _____

a causa del suo stato di salute (specificare la diagnosi e le condizioni cliniche che controindicano il trasporto con mezzi comuni) _____

con coesistenza di patologia _____

può essere trasportato solo con **Ambulanza** **Automezzo speciale dotato di pedana elevatrice**,
necessita di essere trasportato per eseguire: _____

Riportare la/e data/e di prenotazione ____/____/____, ____/____/____

Tragitto da _____ a _____ e ritorno.

Data ____/____/____

Timbro e firma del Medico

Parte riservata all'utente o suo rappresentante

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'ASL-AT.

Esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili in base agli articoli 81 ed 82 Codice Privacy.

Firma _____

RISERVATO ALL'ASL-AT

Si autorizza il trasporto

Non si autorizza il trasporto

Scadenza presente autorizzazione ____/____/____

Timbro e firma

N.B.: non sono ammissibili a rimborso i trasporti effettuati senza autorizzazione preventiva.

L'ASL, inoltre, si riserva la facoltà di effettuare verifiche sulla veridicità di quanto certificato e sulla corrispondenza tra mezzo usato e mezzo autorizzato.



Certificazione

Parte da compilare da parte della struttura che effettua la prestazione, previa autorizzazione, e da parte dell'Ente che effettua il trasporto.

1	data	Timbro e firma del medico * oppure del fisioterapista, del logopedista o del tecnico di radioterapia			<i>Colonna riservata all'Ente che effettua il trasporto</i>
					Targa automezzo utilizzato
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

* riportare anche eventuali comunicazioni o prescrizioni ritenute utili dal Medico Specialista (ad esempio se è fissata una visita di controllo entro 2 mesi)

N.B.: nel caso di pazienti uremici in trattamento sostitutivo possono essere riportati **solo** i trasporti sanitari richiesti dal Centro Dialisi di Asti (sedute dialisi / visite / accertamenti).