

	CROCE VERDE Cooperativa Sociale Montebelluna		Mod.n. 006 17/09/2025 Rev. 3.0
	RICHIESTA TRASPORTO OSPITI		
	Preparato e verificato: Sartor Valter	Approvato: ---	PAG. 1 DI 1

Inviata a: Croce Verde Montebelluna	Da:
Email: servizi@croceverdemontebelluna.org	

Data Richiesta	Cognome Nome Ospite	Età	
Luogo di Nascita		Data Nascita	
Motivo del trasporto Dimissione Ricovero Trasferimento Consulenza Altro _____		Modalità trasporto Autosufficiente <i>(deambulante, anche solo parzialmente con tutore)</i> Carrozzina <i>(NON deambula, non si regge in piedi)</i> Barellato <i>(Alettato)</i>	
Luogo di Destinazione (Indicare oltre al paese, se si tratta di ospedale, studio medico, o struttura privata)		Solo	Accompagnato (se accompagnato da familiari, operatori, altre persone)
		Reparto (Indicare se la consulenza viene fatta in ambulatorio o reparto)	Ambulatorio (Indicare se la consulenza viene fatta in ambulatorio o reparto)
Tipo d'esame da sottoporsi (breve descrizione se utile)			
NOTE (reparto, nucleo, sezione, altro)			
Data Servizio	Ora Appuntamento	Operatore che compila il modulo	
La fattura è da intestare a: ☐ Casa Riposo ☐ Cliente (in questo caso compilare la parte sottostante)			
Nominativo In qualità di: ☐ parente ☐ tutore ☐ conoscente ☐ altro..... Indirizzo: Località Cap: Cod. Fiscale o Partita Iva Telefono: Email..... Spedire a: ☐ Stesso indirizzo dell'intestatario ☐ altro a specificare:			
Autorizzo il trattamento dei miei dati personali in conformità con l'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) secondo le modalità e nei limiti dell'informativa.			
☐ Le condizioni cliniche NON rendono possibile ottenere il consenso.			
FIRMA: ☐ Paziente ☐ Familiare ☐ Operatore Struttura			