

MODULO DI RICHIESTA ASSISTENZA SANITARIA

Luogo e Data

NOME SOCIETA' O ENTE (Se Persona Giuridica)

DATI LEGALE RAPPRESENTANTE (Se Persona Giuridica)

Nome

Cognome

DATI DEL RICHIEDENTE (Se Persona Fisica)

Nome

Cognome

INDIRIZZO E RECAPITI

Via o Piazza

Numero
Civico

C.A.P.

Comune

Provincia

Telefono

Fax

e-mail

BREVE DESCRIZIONE ASSISTENZA RICHIESTA (Max 3 Righe)

AFFLUSSO DI
PUBBLICO PREVISTO
(Stima Numerica)

LUOGO SVOLGIMENTO ASSISTENZA

DAL /IL GIORNO

AL GIORNO

Figure Professionali richieste:

- Medico/i
 Infermiere/i Professionale

Numero

ORARI SVOLGIMENTO ASSISTENZA¹

DALLE ORE

ALLE ORE

Tipo e numero di Mezzi Richiesti:

- Ambulanza di Classe A [BLS]²
 Ambulanza di Classe A [ALS]³
 Automedica
 Squadra a piedi (2/3 Soccorritori)
 Squadra di estricazione abilitata F.I.A. ⁴

Numero

NOTE E SEGNALAZIONI

¹ In caso di orari diversi giorno per giorno, in assistenze che durano più giorni, specificare con precisione gli orari e i giorni nello spazio NOTE E SEGNALAZIONI

² Mezzo con equipaggio composto da soli volontari o a richiesta con Infermiere Professionale attrezzato per la rianimazione di base dotato di defibrillatore semi-automatico

³ Mezzo adatto ad accogliere un paziente critico, solitamente usato in caso di equipaggio medicalizzato

⁴ La squadra di estricazione è composta da: autista, due soccorritori, medico e infermiere