



**Associazione Nuovo Domani**  
**Volontari Protezione Civile - Sanità - Tutela Ambientale**  
**Fiumicino**

Via Giuseppe Moschini, 30 00054 Fiumicino Tel. 06.65.21.700 Fax. 06.65.83.732  
Internet: <http://www.nuovodomani.org> e-mail: [segreteria@nuovodomani.org](mailto:segreteria@nuovodomani.org) - [info@nuovodomani.org](mailto:info@nuovodomani.org)

## Richiesta di Trasporto Infermi in Autoambulanza

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_, residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di poter usufruire del servizio trasporto infermi GRATUITO per i residenti del Comune di Fiumicino

#### Dati trasporto:

Data del trasporto: \_\_/\_\_/\_\_ Orario trasporto: \_\_:\_\_\_\_  
Partenza \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
Destinazione \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

#### Dati Infermo:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Recapito tel./cel. \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

#### Dati sanitari:

Patologia/sintomatologia affetta \_\_\_\_\_  
Struttura di ricovero/degenza \_\_\_\_\_  
Reparto \_\_\_\_\_ Divisione \_\_\_\_\_  
Piano \_\_\_\_\_ Stanza \_\_\_\_\_ Letto \_\_\_\_\_  
Ricovero dal \_\_/\_\_/\_\_ orario \_\_:\_\_\_\_ (allegare copia foglio ricovero)  
Dimissione dal \_\_/\_\_/\_\_ orario \_\_:\_\_\_\_ (allegare copia foglio dimissione)

#### Dati passeggero di accompagnamento in automobulanza:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Recapito tel./cel. \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

**DECLINAZIONE DI RESPONSABILITÀ:** Il sottoscritto (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_  
Passeggero e/o accompagnamento dell'infermo, declino l'Associazione Nuovo Domani e i suoi volontari  
da qualsiasi forma di responsabilità durante il trasporto.  
In mancanza dell'autorizzazione il passeggero/accompagno infermo non potrà salire in autoambulanza  
Firma leggibile \_\_\_\_\_

Autorizzazione al trattamento dati personali  
ai fini dell servizio \_\_\_\_\_

IN FEDE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Resp. Servizi Sanitari Ass. Nuovo Domani

Firma per ricevuta del trasporto effettuato