



**CROCE ROSSA ITALIANA**  
**Comitato Locale di Carpi**

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DA COMPILARE A CURA DEL CITTADINO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Eta' \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Localita' \_\_\_\_\_ Tel ( sempre raggiungibile ) \_\_\_\_\_

Nome sul campanello \_\_\_\_\_  Piano terra  num piano \_\_\_\_\_

Indicare la presenza di  Ascensore  Scale

**CONDIZIONI DEL PAZIENTE DA TRASPORTARE**

Peso in KG \_\_\_\_\_ Portatore di Protesi / Gesso  SI  NO

Il paziente e' trasportabile in posizione  SDRAIATO  SEDUTO

**DATI RELATIVI AL SERVIZIO DA COMPILARE A CURA DEL CITTADINO**

Motivo del Servizio  Ricovero  Trasferimento  Dimissione  Visita  Altro \_\_\_\_\_

Da caricare a  Domicilio  Altro( indicare indirizzo ) \_\_\_\_\_

Portare a ( indicare l'ambulatorio, il reparto , altro ) \_\_\_\_\_

IL GIORNO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ORA APPUNTAMENTO \_\_\_\_\_

**DATI COMPILABILI A CURA DELLA CROCE ROSSA**

Viaggio a carico  Utente  Ospedale  Altro \_\_\_\_\_

SERVIZIO DA CONFERMARE  SERVIZIO CONFERMATO

Volontari Disponibili \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Mod Richiesta Servizio