MODULO DI RICHIESTA PREVENTIVO PER 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		CAP		Comune		Provincia	
Telefono		Fax		E-mail			

BREVE DESCRIZIONE ASSISTENZA RICHIESTA (Max 3 Righe)		
	AFFLUSSO DI PUBBLICO ED ATLETI PREVISTO (Stima Numerica)	

LUOGO SVOLGIMENTO ASSISTENZA			
DAL /IL GIORNO		AL GIORNO	
ORARI SVOLGIMENTO ASSISTENZA[1]			
DALLE ORE		ALLE ORE	

Figure Professionali richieste:

	Numero
[ ] Medico/i	
[ ] Infermiere/i Professionale	

Tipo e numero di Mezzi Richiesti:

	Numero
[ ] 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]	

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 solo da soccorritori 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