

**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 <sup>1</sup>							
DALLE ORE				ALLE ORE			

Figure Professionali richieste:

- Medico/i  
 Infermiere/i Professionale

Numero

Tipo e numero di Mezzi Richiesti:

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

Numero

**NOTE E SEGNALAZIONI**

--

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> Mezzo con equipaggio composto solo da soccorritori o a richiesta con Infermiere Professionale attrezzato per la rianimazione di base dotato di defibrillatore semi-automatico

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

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