

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)

MODULO PER RICHIESTA TRASPORTO IN AMBULANZA per pazienti inseriti in A.D.I.

Il sottoscritto Dottor _____

richiede per il/la Signor _____

nato a _____ il _____ C.F. _____

inserito nel programma di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) cartella n _____

il trasporto in ambulanza da _____ a _____

per la seguente motivazione _____

(e ritorno) per il giorno _____ alle ore _____

Data _____

Il Medico Richiedente
(timbro e firma)

VISTO: Il Dirigente Medico
