



**RICHIESTA TRASPORTO PER I PAZIENTI  
IN CARICO NELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE  
DI I, II, III LIVELLO E CURE DOMICILIARI PALLIATIVE**

**MOD. 10 B**

**Al Referente dell'ATI "Icaro-Vivisol"  
dott. Alberico Iannaccone  
e-mail: coopsorriso97@libero.it**

**SI RICHIEDE IL SEGUENTE TRASPORTO PER**

Per il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

in carico nelle cure domiciliari integrate.

**TIPO DI MEZZO**  AMBULANZA  AUTOVETTURA

**MOTIVAZIONE**

<input type="checkbox"/> VISITA SPECIALISTICA	<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE DIAGNOSTICA STRUMENTALE
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	<input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO CENTRALE O PERIFERICO
<input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA	<input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO PEG/SONDINO NASOGASTRICO
<input type="checkbox"/> ALTRO.....	

**GIORNO DEL SERVIZIO** **ORARIO** **TIPO DI VIAGGIO**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_  ANDATA E RITORNO

**PUNTO DI PARTENZA**

Nome sul campanello dell'abitazione: \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Via/corso/  
piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Persona contattabile \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
(in caso di necessità)

**PUNTO DI DESTINAZIONE**

---

**Denominazione del Presidio di destinazione:**

---

**Comune** \_\_\_\_\_

---

**Via/corso/  
piazza** \_\_\_\_\_

**n.** \_\_\_\_\_

**Persona contattabile** \_\_\_\_\_

**tel.** \_\_\_\_\_

(in caso di necessità)

---

IL MEDICO DEL DISTRETTO

---

(TIMBRO E FIRMA)