



**COMUNE DI CONDOVE**  
**CITTA' METROPOLITANA DI TORINO**  
**Piazza Martiri della Libertà n.7 10055 CONDOVE**  
**Tel. 0119643102 Fax 0119644197**  
**P.IVA: 01468460017**  
**e.mail: protocollo@comune.condove.to.it**  
**www.comune.condove.to.it**

Spett.le  
CROCE ROSSA ITALIANA  
COMITATO DI VILLAR DORA

**OGGETTO: RICHIESTA DI ACCOMPAGNAMENTO SOCIALE INFERMI**

**COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE TUTTI I CAMPI**

SERVIZIO DI TRASPORTO PER IL GIORNO \_\_\_\_\_

ORARIO VISITA \_\_\_\_\_

PER IL SIG. \_\_\_\_\_ ANNO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

LUOGO DI PRELIEVO (INDIRIZZO COMPLETO):

\_\_\_\_\_

PIANO ABITATIVO: \_\_\_\_\_

LUOGO DI DESTINAZIONE (INDIRIZZO COMPLETO):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MOTIVO DEL TRASPORTO:**

\_\_\_\_\_

**CONDIZIONI DEL PAZIENTE:**

AUTOSUFFICIENTE SI ☐ NO ☐

SE NO MOTIVO: \_\_\_\_\_

PESO KG \_\_\_\_\_

**SERIVIZIO DA EFFETTUARSI IN:**

AUTO ☐ DOBLO' ☐ AMBULANZA ☐

NECESSITA DI: SEDIA A ROTELLE ☐ SEDIA PORTANTINA ☐

POSSIEDE SEDIA A ROTELLE PROPRIA ☐

**PAGAMENTO :**

☐ A CARICO DEL PAZIENTE PER IL \_\_\_\_\_ %

☐ A CARICO DEL COMUNE