



**CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO DI CESENATICO O.D.V.**

Spett.le
Croce Rossa Italiana Comitato di Cesenatico
Largo Cappuccini, 3 47042 Cesenatico (FC)

**MODULO RICHIESTA DI SERVIZIO SANITARIO CON AMBULANZA E
PERSONALE SOCCORRITORE**

DATI DEL RICHIEDENTE

NOMINATIVO RAGIONE SOCIALE					
INDIRIZZO	VIA			NR	
	CAP		CITTA'		
TELEFONO E CELLULARE				FAX	
E-M@IL					
P.IVA/COD. FISC					
DATI PER LA FATTURAZIONE (SOLO SE DIVERSI DAI DATI DEL RICHIEDENTE)					
PEC O SDI					

DATI DELLA MANIFESTAZIONE

DENOMINAZIONE EVENTO					
DATA EVENTO					
ORARIO DI INIZIO EVENTO			ORARIO DI FINE EVENTO		
LUOGO					
INDIRIZZO				CITTA	
POSTAZIONE FISSA					
POSTAZIONE MOBILE	SI		NO	NOTE (ALLEGARE IL PERCORSO)	
RICHIESTA DI SECONDA AMBULANZA	SI		NO	NOTE (VEDI REGOLAMENTO ALLEGATO ALLA VOCE RICHIESTA)	
INFERMIERE RICHIESTO	SI		NO	NOTE	
MEDICO IN LOCO	SI		NO	NOTE	
RESPONSABILE EVENTO IN LOCO				TEL. CELL	
SI DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DEL REGOLAMENTO ALLEGATO AL PRESENTE MODULO					SI

SI ESONERA LA CROCE ROSSA ITALIANA COMITATO DI CESENATICO DA QUALSIASI RESPONSABILITÀ IN MERITO
ALL'ORGANIZZAZIONE E ALLA GESTIONE DELL' EVENTO.

CESENATICO ____/____/____

FIRMA DEL RICHIEDENTE