

**TRASPORTO PER DIMISSIONI  
DA STRUTTURA PUBBLICA EXTRA REGIONE  
DI SOGGETTI RESIDENTI IN REGIONE TOSCANA**

REGIONE \_\_\_\_\_

Presidio Ospedaliero PUBBLICO: \_\_\_\_\_

Unità Operativa \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

La/Il sottoscritta/o dott.ssa/dott. \_\_\_\_\_

**CERTIFICA**

che la/il sig.ra/sig. \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(comune e provincia) (data)

residente \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(comune e provincia) (via/piazza/località numero civico)

domicilio sanitario \_\_\_\_\_  
(se diverso dalla residenza – indirizzo completo)

tessera Sanitaria \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_  
(numero) (denominazione asl di provenienza)

Medico curante: dott.ssa/dott. \_\_\_\_\_

**È INTRASPORTABILE CON I COMUNI MEZZI**

**a causa delle condizioni cliniche in atto al momento della dimissione per decisione sanitaria (non dimissione a richiesta dell'interessato).**

**Pertanto RICHIEDE**

trasporto con ambulanza in quanto soggetto barellato per inabilità al controllo posturale del tronco anche in posizione seduta, controindicazioni o impossibilità alla posizione seduta, movimentazione del paziente sicuramente o potenzialmente pericolosa.

Giorno previsto di dimissione \_\_\_\_\_ Orario indicativo di dimissione \_\_\_\_\_

Destinazione:  Residenza  Domicilio Sanitario  
 Altro indirizzo\*: (specificare) \_\_\_\_\_

\* in questo caso i km eccedenti sono a carico del paziente

Data \_\_\_\_\_

**il Medico di reparto richiedente**  
(timbro e firma leggibile)