|  |  |
| --- | --- |
| DATA SERVIZIO | / / |
| ORA PRELEVAMENTO |
| COGNOME |
| NOME |
| LUOGO PRELEVAMENTO |
| LUOGO ARRIVO |
| SEDIA A ROTELLE STANDARD | SEDIA A ROTELLETIPO SCLEROSI MULTIPLA | SEDIA A ROTELLE MOTORIZZATA |
| N. TELEFONO CELLULARE: |
| Nome accompagnatore: |
| N. Telefono Accompagnatore: |
| INFORMAZIONI AGGIUNTIVE IN MERITO ALTRASPORTO: |
| Presenza di tosse:Eventuali patologie: | Febbre: | Covid: |

|  |  |
| --- | --- |
| SERVICE DATE | / / |
| PICK UP TIME |
| SURNAME |
| NAME |
| PICKING LOCATION |
| PLACE OF ARRIVAL |
| STANDARD WHEELCHAIR | AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS WHEELCHAIR | MOTORIZEDWHEELCHAIR |
| MOBILE PHONE NUMBER: |
| Companion Name: |
| Companion Mobile Phone Number: |
| ADDITIONAL INFORMATION REGARDING TRANSPORT: |
| Cough:Existing pathologies: | Fever: | Covid: |