|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA SERVIZIO | / / | |
| ORA PRELEVAMENTO | | |
| COGNOME | | |
| NOME | | |
| LUOGO PRELEVAMENTO | | |
| LUOGO ARRIVO | | |
| SEDIA A ROTELLE STANDARD | SEDIA A ROTELLE  TIPO 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 | MOTORIZED  WHEELCHAIR |
| MOBILE PHONE NUMBER: | | |
| Companion Name: | | |
| Companion Mobile Phone Number: | | |
| ADDITIONAL INFORMATION REGARDING TRANSPORT: | | |
| Cough:  Existing pathologies: | Fever: | Covid: |