

LA RICHIESTA DEVE ESSERE FORMULATA ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELL'EVENTO
L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE E' SUBORDINATA AL PREVENTIVO PAGAMENTO DEL CORRISPETTIVO DOVUTO

**RICHIESTA AMBULANZA
PER MANIFESTAZIONI**

Spett.le
Azienda Sanitaria Locale CN 2
Via Vida 10 - 12051 ALBA

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/2003 – PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI -

NEL COMPILARE QUESTO MODELLO DI ISTANZA, COME ANCHE PER LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN ALLEGATO, LE CHIEDEREMO DI FORNIRE DATI PERSONALI CHE SARANNO TRATTATI DALL'AMMINISTRAZIONE NEL RISPETTO DEI VINCOLI E DELLE FINALITÀ PREVISTE DAL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D.L.GS 196/2003). IL TRATTAMENTO AVVERRÀ NELL'AMBITO DELLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'AMMINISTRAZIONE E PERTANTO LA VIGENTE NORMATIVA NON RICHIEDE UNA ESPLICITA MANIFESTAZIONE DEL SUO CONSENSO. IN OGNI CASO LEI POTRÀ ESERCITARE I DIRITTI RICONOSCIUTI DALL'ART. 7 DEL DECRETO E LE ALTRE FACOLTÀ CONCESSE DALLA VIGENTE NORMATIVA.

La/Il sottoscritta/o,

R I C H I E D E N T E	cognome _____ nome _____
	nata/o il _____ comune di nascita _____ prov. _____
	stato di nascita _____ cittadinanza _____
	C.F. _____
	comune di residenza _____ prov. resid. _____ cap. _____
	indirizzo residenza _____ n° _____
	tel. _____ cellulare _____ @ _____

C H I E D E

Di usufruire del servizio ambulanza erogato dall'ASL CN2 per il tramite dell'Associazione:

A.S.A.V.A.

V.A.R.

In occasione della seguente manifestazione _____

A tal fine D I C H I A R A

di essere legale rappresentante

di essere delegato dal legale rappresentante

della sottoindicata società/ente/associazione, organizzatrice dell'evento :

O R G A N I Z Z A T O R E	denominazione _____
	comune sede legale _____ prov. _____
	indirizzo _____
	codice fiscale _____
	p. IVA (se diversa da codice fiscale) _____
	@ _____ <small>PEC Posta Elettronica Certificata preferibile/obbligatoria in caso di imprese</small>

Si ricorda che è obbligo dell'organizzazione fornire l'assistenza medica, ove necessaria, con oneri a proprio carico.

LA RICHIESTA DEVE ESSERE FORMULATA ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELL'EVENTO
L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE E' SUBORDINATA AL PREVENTIVO PAGAMENTO DEL CORRISPETTIVO DOVUTO

M A N I F E S T A Z I O N E	La manifestazione avrà luogo:
	comune _____ prov. _____
	indirizzo _____
	in data _____ con durata dalle ore _____ alle ore _____
	afflusso di persone previsto _____
	Soggetto dell'organizzazione contattabile e presente alla manifestazione è il signor:
	cognome _____ nome _____
	tel. _____ cellulare _____ @ _____
	L'ambulanza richiesta
	<input type="checkbox"/> sarà parcheggiata presso _____ <input type="checkbox"/> Seguirà la manifestazione durante il percorso
In caso di manifestazioni ciclistiche o podistiche	
La manifestazione avrà il seguente percorso _____	

per un totale di km. _____	

E V E N T U A L I A L T R E R I S O R S E	Altri mezzi presenti	Tipologia	Cellulare di contatto autista
	Responsabile sanitario presente	Cognome e Nome	Cellulare di contatto

Il sottoscritto autorizza ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo di rilascio del titolo autorizzativo.

Data

Timbro e firma

Ambulanza	Numero	Cellulare di contatto

VISTO SI AUTORIZZA
IL DIRETTORE SANITARIO
Maria Cristina Frigeri

(data e firma)

Equipaggio ambulanza	Cognome e Nome	Cognome e Nome
DA COMPILARE A CURA DELLA ASSOCIAZIONE		

IL DIRETTORE SANITARIO
ASSOCIAZIONE

(data e firma)

VOCE COSTO	IMPORTO UNITARIO (a)	NUMERO KM. OLTRE I PRIMI 30 (b)	N. ORE FERMO MACCHINA (c)	TOTALE DOVUTO
DIRITTO DI CHIAMATA	20,66 €			20,66 € (a)
CORRISPETTIVO A KM OLTRE I 30 KM	0,52 €			(a x b)
CORRISPETTIVO ORARIO FERMO MACCHINA	10,32 €			(a x c)
T O T A L E				
DA COMPILARE A CURA DELL'ORGANIZZATORE				

IL PRESIDENTE ASSOCIAZIONE

(data e firma)

Si ricorda che è obbligo dell'organizzazione fornire l'assistenza medica, ove necessaria, con oneri a proprio carico.