

RICHIESTA DI TRASPORTO IN AMBULANZA PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI
CON COSTO A PARZIALE CARICO DELL'UTENTE

Assistito

Cognome _____ Nome _____ Nato a _____
 il | | | | | | | | | | Residente a _____ Via _____ n° _____ piano _____
 Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tel. _____ Peso _____ Altezza _____

CHIEDE IL TRASPORTO IN AMBULANZA

DA:

- Domicilio Via _____ n° _____ Comune _____
 Casa di Riposo _____ Reparto _____
 Altro _____ Reparto _____

A:

Denominazione struttura _____ Reparto _____

Prestazione ambulatoriale (specificare tipo di accertamento, esame o visita)

Data trasporto | | | | | | | | | | ora prestazione _____

Costi e condizioni del servizio

La tariffa agevolata a carico dell'utente è pari a € 30,00 a tratta (totale € 60,00).

Il pagamento anticipato deve essere effettuato utilizzando una delle seguenti modalità:

- recandosi personalmente, durante gli orari di apertura, presso uno degli uffici Cassa degli Ospedali/Distretti dell'Azienda Ulss 9 Scaligera;
- tramite il sistema **pagopa**, collegandosi al sito dell'Azienda ULSS 9 Scaligera nella sezione SISTEMA DI PAGAMENTO PAGOPA, oppure utilizzando direttamente il seguente link: https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=1752

scegliere l'opzione 2 TRASPORTO IN AMBULANZA PER PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

La presente richiesta deve essere inoltrata, insieme alla copia della ricevuta di pagamento eseguito alla cassa ospedaliera o alla copia della ricevuta del pagamento pagopa, almeno 2 giorni lavorativi prima della data del trasporto al n° di fax o all'indirizzo email di seguito elencati:

DISTRETTO 1 - VERONA CITTA'

Fax 045/8124700 email cutrasporti@croceverdeverona.org

DISTRETTO 2 - EST VERONESE

Fax 045/8124700 email cutrasporti@croceverdeverona.org

DISTRETTO 3 - PIANURA VERONESE

Fax 0442/622683 email paola.brojanigo@aulss9.veneto.it

DISTRETTO 4 - OVEST VERONESE

Fax 045/8124700 email cutrasporti@croceverdeverona.org

Non saranno accettate domande incomplete, illeggibili, fuori termine e/o prive della copia della ricevuta di pagamento alla cassa ospedaliera o della copia di ricevuta del pagamento pagopa.

Data | | | | | | | | | |

Firma del paziente per accettazione

Certificazione del medico curante

Dichiaro che l'assistito:

- E' allettato per inabilità al controllo posturale – (barella carrozzina)
 Presenta difficoltà di deambulazione per concomitanti condizioni morbose non gravemente invalidanti. – (barella carrozzina)
 Possiede invalidità accertata del 100% ed indennità di accompagnamento in condizione permanente di non deambulabilità.
 – (barella carrozzina)

Data | | | | | | | | | |

Timbro e firma _____