

.....

AZIENDA SANITARIA LOCALE
A.S.L. "Città di Torino"
SERVIZIO AMBULANZE

REPARTO

SI RICHIEDE TRASPORTO IN AMBULANZA

del Sig.

☐ Barellato

☐ Non barellato

da inviare

per

il giorno.....alle ore.....

Ambulanza utilizzata

Data richiesta

Firma

Richiesta n°