



CROCE DI S. GIOVANNI

**S.O.G.IT. I GIOVANNITI**

**Sezione Agno-Chiampo**

SOCCORSO DELL'ORDINE DI S. GIOVANNI ITALIA

Via Pieve n. 3 Chiampo (VI) 36072 Tel.- Fax 0444-421349

[www.sogitagnochiamo.it](http://www.sogitagnochiamo.it)

e-mail: [presidenza@sogitagnochiamo.it](mailto:presidenza@sogitagnochiamo.it)

[servizi@sogitagnochiamo.it](mailto:servizi@sogitagnochiamo.it)



**OGGETTO:** Richiesta di servizio di primo soccorso sanitario con ambulanza

In riferimento all'oggetto, il sottoscritto \_\_\_\_\_ per

conto \_\_\_\_\_ reperibile al numero telefonico  
**parte committente (Ente pubblico – Associazione – Comitato)**

\_\_\_\_\_ (in caso di eventuali comunicazioni) chiede la vostra presenza di

servizio con ambulanza, in data \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

in località (paese e luogo) \_\_\_\_\_

in occasione della manifestazione denominata \_\_\_\_\_

Numero di persone interessate (picco max orario) per questa manifestazione N. \_\_\_\_\_

**In occasione della medesima il committente si impegna:**

che il **MEDICO** di **SUA** competenza sarà presente nella manifestazione  Si  No

**Si precisa che in caso di maltempo, la stessa:**

Verrà posticipata in data \_\_\_\_\_  Non verrà posticipata

**CAMPO OBBLIGATORIO**

Referente della manifestazione \_\_\_\_\_ reperibile al numero di  
cellulare \_\_\_\_\_ (in caso di eventuali comunicazioni durante il servizio)

Numero FAX per comunicazioni \_\_\_\_\_

@ e-mail per comunicazioni \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Il richiedente Timbro e Firma