



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

e-mail: presidenza@sogitagnochiamo.it

servizi@sogitagnochiamo.it



OGGETTO: Richiesta di servizio di primo soccorso sanitario con ambulanza
(compilare questo modulo solamente per SINGOLA manifestazione suddivisa in più ore o giorni)

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, per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ e

per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ e

per il giorno _____ 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

per tutti i giorni o specificare il giorno in cui è presente il medico giorno/i _____

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