|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA SERVIZIO | / / | | | |
| ORA PRELEVAMENTO | | | | |
| COGNOME | | | | |
| NOME | | | | |
| LUOGO PRELEVAMENTO | | | | |
| LUOGO ARRIVO | | | | |
| PASSEGGERO A RIDOTTA MOBILITA’ SENZA AUSILIO SEDIA A ROTELLE | SEDIA A ROTELLE STANDARD | | SEDIA A ROTELLE  TIPO SCLEROSI MULTIPLA | SEDIA A ROTELLE MOTORIZZATA |
| N. TELEFONO CELLULARE: | | | | |
| Nome accompagnatore: | | | | |
| N. Telefono Accompagnatore: | | | | |
| INFORMAZIONI AGGIUNTIVE IN MERITO ALTRASPORTO: | | | | |
| Presenza di tosse:  Eventuali patologie: | Febbre: |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SERVICE DATE | | / / | |
| PICK UP TIME | | | |
| SURNAME | | | |
| NAME | | | |
| PICKING LOCATION | | | |
| PLACE OF ARRIVAL | | | |
| PASSENGER WITH REDUCED MOBILITY- WITHOUT WHEELCHAIR | STANDARD WHEELCHAIR | AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS WHEELCHAIR | MOTORIZED  WHEELCHAIR |
| MOBILE PHONE NUMBER: | | | |
| Companion Name: | | | |
| Companion Mobile Phone Number: | | | |
| ADDITIONAL INFORMATION REGARDING TRANSPORT: | | | |
| Cough:  Existing pathologies: | | Fever: |  |