



CROCE DI S. GIOVANNI

S.O.G.IT.

I GIOVANNITI

SOCCORSO DELL'ORDINE DI S. GIOVANNI - ALTOVICENTINO

Personalità giuridica riconosciuta dal Min. della Salute con D.M. del 31.10.1994-G.U. 272 del 21.11.1994

Autorizzazione Regionale all'esercizio di attività sanitaria con decreto n. 61 del 17/05/2010

Iscrizione Albo Regionale del Volontariato al n. VI 0196 – ONLUS

Iscrizione Albo Regionale dei Gruppi Volontari di Prot. Civile al n. PCVOL-05-A-0178-VI-12

36030 FARA VICENTINO – Piazza Arnaldi 23 – tel.e fax 0445-897897 – Cf. 93007530244

info@sogitfara.it

www.sogitfara.it

Con la presente si comunica che, in conformità al D.G.R. n. 1080 del 17/04/2007 nonché in ottemperanza alla lettera del Sig. Prefetto di Vicenza datata 07/07/2009 (indirizzata a tutti i Sindaci della Provincia di Vicenza e ai Direttori Generali delle U.L.S.S. 3, 4, 5 e 6), il nostro Piano Sanitario con i dati da Voi fornirci, verrà obbligatoriamente inviato alla Centrale Operativa Provinciale – S.U.E.M. 118 per una attenta valutazione ed analisi dell'assistenza sanitaria da noi proposta.

Pertanto Vi chiediamo compilarci con attenzione in ogni sua parte il modulo in allegato, di firmarlo e di rispedircelo quanto prima possibile (fax: 0445-897710 – e-mail: info@sogitfara.it).

Vi comunichiamo inoltre che in mancanza del suddetto modulo, non potendo la scrivente comunicare obbligatoriamente il Piano Sanitario alla Centrale Operativa Provinciale – S.U.E.M. 118, non si potrà assicurare l'assistenza sanitaria richiesta alla manifestazione da Voi organizzata.

Per eventuali informazioni:
Claudio Gusella - 320-2895581

Distinti saluti

Il Presidente della Sezione
Claudio Gusella

MODULO PER COMUNICAZIONE DATI SERVIZIO

(TIMBRO DELL'ENTE COMMITTENTE)

Spett.le
CROCE DI S.GIOVANNI-S.O.G.IT.
SEZIONE DI FARA VICENTINO
Piazza Arnaldi n. 23
36030 FARA VICENTINO(VI)

OGGETTO: dati servizio.

A seguito della nostra richiesta di servizio, siamo a comunicare, in ottemperanza alla DGR. N. 1080 del 17/4/2007, le seguenti informazioni:

ENTE COMMITTENTE (responsabile della manifestazione)	
Denominazione:	_____
Indirizzo fatturaz.	_____
P.I. o C.F. :	_____
Responsabile:	_____ Cell. _____

MANIFESTAZIONE	
<u>Luogo esatto di svolgimento:</u>	Comune: _____
Via: _____	Provincia: _____
Tipo di manifestazione: _____	
<u>Dati richiesti per la manifestazione:</u>	Data svolgimento: _____
Ora inizio: _____	Ora fine : _____
Medico (<u>se fornito da Voi</u>): _____	
Specializzazione in: _____	Cell. _____

Picco max. di affluenza:	previste circa nr. _____ persone
Possibilità di atterraggio dell'elicottero:	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Firma del Committente

N.B.: per manifestazioni di più giorni, questo documento deve essere compilato per ogni giornata in cui si richiede il servizio di assistenza sanitaria