ASP RAGUSA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

ATTESTAZIONE DI AVVENUTO TRASPORTO

MESE_____ANNO_____

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO_____

ASSOCIAZIONE CONVENZIONATA PER IL TRASPORTO_____

Data	Tipo trasporto Auto/ambulanza	Singolo / collettivo	Firma dell'assistito	Firma del conducente del mezzo

Firma del legale rappresentante dell'Ente

_____