

**Croce Verde Ospitaletto**

Via San Pio da Pietrelcina, 230 - 25035 Ospitaletto (BS)

Tel. 030 641796 Fax. 030 640042

e-mail: sportivi@croceverdeospitaletto.it

Responsabile : Sig. Marzi 333-3140496

Oggetto: **Richiesta di ambulanza e personale per servizio sportivo/manifestazione**

Il sottoscritto Sig. \_\_\_\_\_ in qualità di responsabile/rappresentante della

Società Sportiva/Associazione		
Sede in	Cap	Via
Partita IVA	Codice Fiscale	
Telefono	Fax	e-mail

Chiede la presenza di:

- ➔ n. \_\_\_\_\_ ambulanze con personale volontario certificato
- ➔ per il giorno/i \_\_\_\_\_ (in caso di più giorni allegare dettagliato programma)
- ➔ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ (con pausa dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_)
- ➔ tipo di gara/manifestazione: \_\_\_\_\_
- ➔ luogo di ritrovo: \_\_\_\_\_
- ➔ ora di ritrovo: \_\_\_\_\_
- ➔ referente sul posto: Sig. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

L'ambulanza seguirà la gara/manifestazione

SI NO 

Note:

---

---

---

**NEL CASO DI INTERVENTO, L'AMBULANZA, PREVIO AVVISO AL 118 BRESCIA POTRA' LASCIARE IL LUOGO DI STAZIONAMENTO PER DIRIGERSI VERSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO RITENUTO PIU' IDONEO E CHE NON SARA' SOSTITUITA FINO AL RIENTRO.**

Per i servizi che si protrarranno durante le ore dei pasti la società/ente organizzatore si impegna a fornire all'equipaggio il relativo pasto.

**Dati fiscali intestatario ricevuta/fattura**

Nome e Cognome/Ragione Sociale			
Indirizzo	Cap	Località	Prov
Partita IVA	Codice Fiscale		
Telefono	Fax	e-mail	

In attesa di una Vostra conferma porgo distinti saluti

Il Responsabile

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

**La presente richiesta dovrà pervenire entro e non oltre 7 giorni prima della data dell'evento. In caso contrario il servizio non sarà garantito.**