



## **LIBERA ASSOCIAZIONE VOLONTARI DEL SOCCORSO**

Viale ROCKEFELLER 9/a – ORISTANO

Associazione ONLUS (d.l. 460/97 art.16) C.F. e P.I. 90000790957

Tel. 078371379 – 0783 78222 - Fax 0783303232

[lavos.or@fiscali.it](mailto:lavos.or@fiscali.it) - [lavos.or@libero.it](mailto:lavos.or@libero.it) - PEC: [lavosoristano@pec.lavos.it](mailto:lavosoristano@pec.lavos.it)

### **RICHIESTA SERVIZIO AMBULANZA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Tel / Cell. \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ dell'Associazione/Ente \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel / Cell. \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

Che venga messa a disposizione n. \_\_\_\_\_ ambulanza/e con relativo equipaggio in occasione di:

Manifestazione/Evento \_\_\_\_\_

Tipologia \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Giorno \_\_\_\_\_ Ora Inizio \_\_\_\_\_ Ora Fine \_\_\_\_\_

Referente sul luogo: Sig. \_\_\_\_\_ reperibile al cell. \_\_\_\_\_

#### **DICHIARA**

che durante la stessa manifestazione/evento **sarà/non sarà** presente il medico di servizio nella persona del Dott. \_\_\_\_\_

Il richiedente si impegna inoltre a:

- comunicare tempestivamente all'associazione L.A.VO.S. ogni variante di quanto sopra riportato;
- fornire un pasto ai volontari in servizio qualora impegnati per l'intera giornata.

Oristano, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Il Richiedente/Dichiarante*