

ALLEGATO I

MODULO SANITARIO REGIONE/PA.....

Anno: _____

Mese: _____

Nome del referente del Modulo Sanitario:

Recapito telefonico h 24 del referente del Modulo Sanitario:

Disponibilità di struttura sanitaria campale:

SI**NO**

Causa dell'indisponibilità e durata: _____

Tipologia della struttura campale disponibile:

PMA 1° liv.

Numero disponibile:

PMA 2° liv.

Numero disponibile:

UMMC

Numero disponibile:

Ospedale da Campo

Numero disponibile:

Luogo: _____ Data: _____

Il referente

11A14018

