


DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	SISTEMA DI TRASPORTO SCHEDA SEGNALAZIONE SANIFICAZIONE STRAORDINARIA	 BARLETTA-ANDRIA-TRANI
----------------------------------	--	--

Allegato n. 3

SCHEDA SEGNALAZIONE NECESSITÀ SANIFICAZIONE STRAORDINARIA

Data _____

Alla C.A.

Coordinatore Infermieristico Direzione Medica P.O. *

Coordinatore Infermieristico P.S. *

Coordinatore Sanita Service

Data richiesta: _____

Ambulanza Targa: _____

Motivo della segnalazione:

Cognome e Nome infermiere

Firma

Avvenuta sanificazione _____ (firma ausiliario incaricato)

*All'uno ovvero all'altro a seconda della fascia oraria.