

## CERERE DE TRANSPORT LA SOLICITAREA BENEFICIARULUI/ FAMILIEI

Subsemnatul/a.....  
în calitate de:

- Beneficiar
- Aparținător (persoana care însoțește beneficiarul)
- Reprezentat legal/contravențional

al doamnei/domnului .....

cu domiciliul în.....

număr de telefon...../.....

### Solicit

- Transport neasistat cu șofer
- Transport neasistat cu șofer și un însoțitor-infirmieră (pentru persoanele cu mobilitate redusă-fotoliu rulant, cadru de mers, cârjă etc.)
- Transport asistat cu medic și asistent medical (prin intermediul Serviciului de Ambulanță Socială, conform procedurii interne)

de la domiciliu, la sediul Centrului de Recuperare Medicală, situate în strada Someșului nr.1A, Sector 1, București (în cadrul Complexului Multifuncțional Caraiman)

în data de/ în perioada ...../ .....

la ora.....

### Motivul solicitării

- Consultație medical de specialitate
- Tratament fizical – kinetic
- Evaluare și intervenție psihologică (psihoterapie)

Specific că nu mă pot deplasa/ că beneficiarul nu este transportabil cu mijloace de transport contravenționale (mașină personală, taxi, altele).

Declar că am fost informat/ă de către personal despre condițiile de transport – solicitarea de efectuare a transportului, numărul ocupanților autoutilitare să nu depășească numărul prevăzut de locuri, în cazul unor evenimente medicale imprevizibile care pot apărea pe timpul transportului, șoferul autoutilitare va solicita sprijinul Serviciului de Ambulanță-112 în vederea trimiterii unui echipaj de urgență.

Data

Semnătura