

MODULO "A" - FOGLIO INFORMATIVO PER I CLIENTI CHE RICHIEDONO UN'ASSISTENZA SPECIALE

Scrivere in stampatello, rispondere a tutte le domande e mettere una X sulle caselle interessate.

1. **Cognome/nome** _____

2. **Codice di prenotazione (PNR)** _____

3. **Itinerario Proposto** (il trasferimento da un volo ad un altro potrebbe richiedere un tempo di coincidenza più lungo) _____
 Compagnia(e)/numero(i) volo(i)/classe(i)/data(e) _____

4. **Natura della disabilità** _____

5. **Sedia a rotelle necessaria?:** Sì No Categoria di sedia a rotelle*: WCHR WCHS WCHC
 Sedia a rotelle personale: Sì No tipologia: Manuale Pieghevole Batteria
 Altro ausilio per la mobilità: _____ Tipo alimentazione batteria: Gel/asciutta Umida/wet Litio
 Lunghezza cm _____ Larghezza cm _____ Altezza cm _____ Peso kg _____

6. **Cane d'assistenza** Sì No Quali funzioni svolge? _____

7. **E' necessaria la barella a bordo?** Sì No in caso di risposta affermativa è necessario far compilare dal medico il modulo B per la richiesta di autorizzazione medica al viaggio

8. **Accompagnatore:** Sì No
 Cognome/Nome: _____ Titolo _____ Età _____ Lingua parlata _____
 Codice prenotazione (se diverso) _____ Medico: Sì No Paramedico: Sì No Altro _____

9. **Ambulanza necessaria all'aeroporto di imbarco e sbarco:** Sì No
 Specificare nome e contatti della società che fornisce l'ambulanza (scalo di partenza) _____
 Specificare nome e contatti della società che fornisce l'ambulanza (scalo di arrivo) _____
 Specificare nome e contatti per eventuali transiti _____

10. **Una persona incontrerà/assisterà il cliente?:** Sì No
 Specificare nome e contatti _____

11. **Altre necessità di assistenza a terra?** Sì No
 In casi di risposta affermativa, specificare _____
 Scalo di arrivo _____
 Scalo di transito _____
 Scalo di destinazione _____
Se è necessario l'ossigeno durante il transito in aeroporto, il cliente deve munirsi di un proprio equipaggiamento (es. POC) prima dell'inizio del viaggio.

12. **Necessità di altri servizi a bordo, di trasporto di farmaci liquidi e/o siringhe?** Sì No
 (in caso di risposta affermativa è necessario un certificato del proprio medico curante indicante: patologia, quantità del farmaco e/o delle siringhe con data non antecedente i 30 gg.)
 Se sì, specificare (es. pasti speciali, attrezzature particolari, posto particolare ecc.) _____
 Chi provvede agli equipaggiamenti e a chi sono a carico le spese (es. Ossigeno)? _____
 Per quali voli/tratte? _____
 Se l'equipaggiamento è di proprietà indicare tipo (es. POC, Ventilatore polmonare), marca, modello, tipo alimentazione, peso e misure _____

13. **Tessera medica per i viaggiatori abituali (FREMEC)** Sì No
 In casi di risposta affermativa, specificare: il numero di FREMEC, da chi è stata emessa, data di scadenza, età del cliente _____

Nota:
 WCHR = il cliente non può camminare bene o non può camminare per lunghe distanze, ma può utilizzare le scale
 WCHS = il cliente non può salire o scendere le scale
 WCHC = il cliente non può camminare affatto

Si informa che tutti i dati riportati sul modulo saranno trattati al solo fine della esecuzione del contratto di trasporto e in conformità di quanto prescritto dalla normativa di cui al Regolamento EU 2016/679 e dal D.lgs n.196/2003 e ss.mm. ii (D.lgs n. 101/2018)
Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati (firma del cliente o suo delegato/rappresentante): _____ **Luogo e data** _____