CROCE ROSSA ITALIANA - SOTTOCOMITATO DI CASALE MONFERRATO
Protocollo in Uscita num: 644
Data Protocollo: 02/07/2013

COMUNE DI GABIANO (AL)
Protocollo n. 1609
/ 3 LUG. 2013
Categoria 2 Classe 1 Fascicolo .....
Risposto il ..... N. .....

Croce Rossa Italiana
Comitato Locale di
Casale Monferrato

Croce Rossa Italiana

Casale Monferrato, lì 02/07/2013

Servizio : **Amministrazione**

Rif. Foglio n.

Allegati: nessuno

Oggetto: ***Richiesta servizi trasporto via posta elettronica***

Alle ***Amministrazioni Comunali*** di:
Cellamonte; Frassinello Po, Frassineto Po, Giarole, Ottiglio, San Giorgio Monferrato; Rosignano, Pontestura

All'***Unione dei Comuni tra Sture e Po***

All'***Unione Comuni Val Cerrina***

Alla ***Casa di Cura di Casale Monferrato***

LORO INDIRIZZI MAIL PEC

In osservanza della Direttiva del Ministro per l'innovazione e le tecnologie del 18 novembre 2005 che prevede che la P.A. utilizzi la posta elettronica quale mezzo irrinunciabile e prioritario di trasmissione di documenti, informazioni e dati - per altro ribadito come perentorio a far data 01/01/2013 anche nella Legge 28/12/2012 nr. 228 (Legge di Stabilità 2013) - con la presente si comunica alle Amministrazione in oggetto che *a far data lunedì 8 Luglio p.v.* tutte le richieste di trasporto di cittadini residenti nei Comuni interessati - e svolte in convenzione con l'Ente scrivente - dovranno *pervenire unicamente via telematica*, utilizzando il modello allegato (modificabile secondo le singole esigenze) all'indirizzo di posta elettronica servizi.crocerossacasale@gmail.com, sempre nel rispetto delle procedure definite nel testo convenzionale.

Tanto al fine del contenimento dei costi e nell'ottica dei principi di efficacia ed efficienza amministrativa.

Con viva cordialità,

Il Responsabile Amministrativo ff
Fabio GALLIONE

Strada Vecchio Pozzo Sant'Evasio, 1/L – 15033 Casale M.to(AL)
tel. 0142 55552
fax 0142 451502
e-mail: cl.casalemonferrato@cri.it
C. Fiscale n. 01906810583
P. Iva n. 01019341005

DIREZIONE SANITARIA - COMUNE DI

PROSPETTO DI RICHIESTA SERVIZI

DATA TRASP.	ORA DI ARRIVO A DESTINAZ.	NOMINATIVO TRASPORTATO	LUOGO DI PRELIEVO/ RESIDENZA	AUTO	AMBULANZA	OSPEDALE DI DESTINAZIONE	REPARTO DI DESTINAZIONE	TIPO DI ESAME	A/R	NOTE