

SOCCORSO SANITARIO

ASSOCIAZIONE REFERENTE	
------------------------	--

RESPONSABILE REFERENTE	
------------------------	--

Apparati radio	SI	NO	frequenza	
----------------	----	----	-----------	--

AMBULANZE

tipo "A" con equipaggio completo di medico e/o infermiere professionale	SI	N.	
tipo "B" con equipaggio completo di medico e/o infermiere professionale	SI	N.	

Tende

n. 1 tende per alloggio personale e materiali	SI
---	----

ALTRO	1	
	2	
	3	
	4	
	5	