

<p><b>Informazioni:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tutti i passeggeri richiedenti assistenza speciale devono restituire il presente modulo compilato e firmato. All'atto della consegna, l'agente Air One provvede a controfirmarlo.</li> <li>I passeggeri che hanno bisogno del nulla osta sanitario al volo, devono presentare anche il MEDIF compilato e firmato dal medico.</li> </ul>	<p><b>Information:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>All passenger requiring special assistance have to give back the form filled and signed. After, Air One sales agent has to countersign the form.</li> <li>Passengers who are in need to present a medical clearance, have to give back also the MEDIF form filled and signed by physician.</li> </ul>
--	---

<b>A</b>	<b>NOME E COGNOME</b> (NAME AND SURNAME)	..... Sesso (Sex)..... Età (Age).....
----------	---	---------------------------------------

<b>B</b>	<b>ITINERARIO</b> (ITINERARY)	1. n. volo (flight number)..... classe (class) ..... data (date)..... aeromobile (aircraft)..... 2. n. volo (flight number)..... classe (class) ..... data (date)..... aeromobile (aircraft)..... 3. n. volo (flight number)..... classe (class) ..... data (date)..... aeromobile (aircraft).....
----------	----------------------------------	--

<b>C</b>	<b>TIPO DI ASSISTENZA</b> (NATURE OF INCAPACITATION:)	<input type="checkbox"/> WCHR <input type="checkbox"/> WCHS <input type="checkbox"/> DEAF <input type="checkbox"/> BLND <input type="checkbox"/> OXYG* <input type="checkbox"/> PREG* <input type="checkbox"/> DPNA <input type="checkbox"/> WCHP <input type="checkbox"/> WCHC <input type="checkbox"/> BLND/DEAF <input type="checkbox"/> STCR* <input type="checkbox"/> STCR/OXYG* <input type="checkbox"/> MEDA*
	(*): Categorie richiedenti <b>OBBLIGATORIAMENTE</b> il nullaosta sanitario (MEDIF). (*): Code that requires <b>OBLIGATORILY</b> the completion of the MEDIF.	Per tutti gli altri passeggeri che richiedono assistenza e non sono appartenenti alle succitate categorie, barrare MAAS: (For all other passengers in need of special assistance, check MAAS): <input type="checkbox"/> MAAS .....

<b>D</b>	<b>E' NECESSARIA UNA BARELLA A BORDO?</b> (IS STRETCHER NEEDED ON BOARD?)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (YES)	NOTA: Tutti i casi di persone trasportate con la barella DEVONO NECESSARIAMENTE essere accompagnati. (all stretcher cases MUST be escorted).	N.B.: Comunicare la tariffa al cliente, se sconosciuta. (Request rate if unknown)
----------	--	---	---	--

<b>E</b>	<b>E' NECESSARIO UN ACCOMPAGNATORE A BORDO?</b> (ESCORT NEEDED?)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (YES)	<b>ACCOMPAGNATORE DESIGNATO: (INTENDED ESCORT:)</b> Nome e Cognome ..... Sesso ..... Età ..... (Name and Surname) (Sex) (Age) <input type="checkbox"/> Assistente qualificato (Qualified assistant) <input type="checkbox"/> Compagno di Viaggio (TRAVEL COMPANION)
	<b>CANE GUIDA?</b> (TRAINED DOG?)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (YES)	Tratte (se differenti da quelle del passeggero) ..... (segments, if different from passenger) <b>NOTA: I passeggeri BLND/DEAF, DPNA, STCR e STCR/OXYG DEVONO NECESSARIAMENTE essere accompagnati. Per i WCHC è obbligatorio avere l'accompagnatore per viaggi superiori alle 3 ore.</b> (NOTE: BLND/DEAF, DPNA, STCR and STCR/OXYG passenger MUST be escorted. WCHC passenger must be escorted for flight duration exceeding 3 hours).

<b>F</b>	<b>C'E' BISOGNO DI UNA SEDIA A ROTELLE?</b> (WHEELCHAIR NEEDED?)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (YES)	<table border="1" style="width:100%"> <tr> <td>Sedia a rotelle di proprietà? (Own wheelchair)</td> <td>Pieghevole? (Collapsible)</td> <td>Motorizzata? (Power driven?)</td> <td>Batteria a liquido? (Battery type - spillable?)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Yes)</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Yes)</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Yes)</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Yes)</td> </tr> </table>	Sedia a rotelle di proprietà? (Own wheelchair)	Pieghevole? (Collapsible)	Motorizzata? (Power driven?)	Batteria a liquido? (Battery type - spillable?)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Yes)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Yes)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Yes)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Yes)
Sedia a rotelle di proprietà? (Own wheelchair)	Pieghevole? (Collapsible)	Motorizzata? (Power driven?)	Batteria a liquido? (Battery type - spillable?)								
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Yes)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Yes)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Yes)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Yes)								
			<b>NOTA: Sedie a rotelle con batterie ad acido non a tenuta, sono ritenute "dangerous goods" e sono permesse a bordo solo sotto alcune condizioni.</b> (NOTE: Wheelchairs with spillable batteries are considered "dangerous goods" and are permitted on passenger aircraft only under certain conditions).								

<b>G</b>	<b>SI NECESSITA DI AMBULANZA?</b> (AMBULANCE NEEDED?)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (YES)	<b>E' CURA DELLA COMPAGNIA FORNIRE IL SERVIZIO? (TO BE ARRANGED BY AIRLINE)</b> Specificare l'ente da contattare: ..... (Specify ambulance company contact:) Specificare indirizzo di destinazione: ..... (Specify destination address:)
----------	--	---	--

<b>H</b>	<b>ALTRE ATTIVITA' NECESSARIE DA ALLESTIRE IN AEROPORTO</b> (OTHER GROUND ARRANGEMENTS NEEDED)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (YES)	Servizi da fornire presso l'aeroporto di PARTENZA (specificare attività, società fornitrice del servizio, spese previste, personale adibito ad assistere il passeggero). (Arrangements for delivery at airport of DEPARTURE) ..... Servizi da fornire presso l'aeroporto di TRANSITO (Arrangements for assistance at CONNECTING POINT) ..... Servizi da fornire presso l'aeroporto di ARRIVO (Arrangement for meeting at airport of ARRIVAL) ..... Altre necessità o informazioni importanti (Other requirements or relevant informations). .....
----------	---	---	--

<b>K</b>	<b>ALLESTIMENTI ED ATTREZZATURE SPECIALI</b> (SPECIAL IN-FLIGHT ARRANGEMENTS NEEDED)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (YES)	Servizio richiesto (es: Extraseat, Pasti speciali, Special seat, attrezzature [mediche] speciali, ossigenoterapia): Service required (eg: , extra seat, special meals, leg-rest, special equipment, oxygen therapy, etc): ..... Tratta/e ove richiesto/i: ..... Costi aggiuntivi: ..... (Segment(s) on which required:) (expense) Servizio allestito dalla compagnia o da terze parti: ..... (airline-arranged or arranging third party) NOTA: la fornitura di attrezzature speciali, come ossigeno, etc., richiede sempre la compilazione del MEDIF. NOTE: Provision of special equipment, such as oxygen, etc., always requires completion of the MEDIF.
----------	---	---	--

DATA (DATE)	LOCALITA' (PLACE)	FIRMA DELL'AGENTE AIR ONE (Air One Sales Agent's Signature)	FIRMA DEL PASSEGGERO (Passenger's Signature)
-------------	-------------------	--	---