



All. 2

**Modulo per la scelta tra le Associazioni Accreditate
in provincia di Ragusa per l'erogazione di
CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
SERVIZIO TRASFUSIONALE A DOMICILIO**

Il Paziente _____

Nato a _____ **Prov.** _____ **Il** _____

Residente a _____ **Via/Pzza** _____

(Oppure) Il Sottoscritto _____ **nella qualità di *** _____

del Sig. _____ **residente a** _____

Via/Pzza _____ **tel/cell** _____

***(grado di parentela)**

Dichiara

**Che essendo informato che tale servizio viene erogato in questa Provincia da
Associazioni Onlus, nel caso in cui venga accettata la richiesta di inserimento
in:**

- Cure Palliative Domiciliari;**
- Servizio Trasfusionale a Domicilio;**

sceglie liberamente di essere assistito da:

- S.A.M.O.T. Ragusa Onlus**
- S.A.M.O.T. Onlus**

**N.B. La scelta della Onlus, ad esclusiva volontà del paziente o dei familiari, è
vincolante per l'ASP di Ragusa, ma può essere modificata in qualunque
momento su esplicita e motivata richiesta**

DATA _____

FIRMA _____