



REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA

DISTRETTO SANITARIO DI _____

ALL. 2

**Modulo per la scelta tra le Associazioni Accreditate 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**

☐ **S.A.M.O.T. ETS**

N.B. La scelta delle Cooperative Sociali od 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 _____

Dichiara di aver preso visione e compreso "le informazioni sul trattamento dei dati personali assistenza domiciliare integrata Rev. 1.0 del 16/01/2024 ASP 7 RG".

FIRMA _____