



All. 4

**Modulo per la scelta tra le Associazioni Accreditate
in provincia di Siracusa per l'erogazione di
CURE PALLIATIVE DOMICILIARI**

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, scegli liberamente di essere assistito da:

Andaf

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

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

DATA _____

FIRMA _____