

#### All. 4

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

Il Paziente \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/Pzza \_\_\_\_\_

(Oppure )Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ nella qualita' di \* \_\_\_\_\_

del Sig. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via/Pzza \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_

\*(grado di parentela)

#### Dichiara

**Che nel caso in cui venga accettata la richiesta di inserimento in Cure Palliative Domiciliari, informato che tale servizio viene erogato in questa Provincia dalle seguenti Associazioni :**

- Samo Onlus Palermo
- Samot Onlus Palermo
- Samot Ragusa Onlus

**Sceglie liberamente di essere assistito da :**

\_\_\_\_\_

**N.B. La scelta della Onlus, ad esclusiva volontà del paziente o dei familiari, è vincolante per l'ASP 9 Tp, ma può essere modificata in qualunque momento su esplicita e motivata richiesta**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_