



Al PUA del Distretto di \_\_\_\_\_

All'U.O. Cure Palliative Salemi.

Sistema Sanitario Nazionale

Regione Siciliana

Via Mazzini 1 - 91100 Trapani  
Tel 0923 805111 – fax 0923 873745  
Codice Fiscale – P. IVA 02363280815

**ALL. 1**

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In qualità di\* \_\_\_\_\_

Reperibile al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

**CHIEDE LA PRESA IN CARICO PER :**

CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

RICOVERO IN HOSPICE

Per il/la paziente \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cod. Fisc.     Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Si specifica che il MMG dell'assistito/a è il Dott\*\* \_\_\_\_\_

Reperibile al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Si allega scheda clinica (ALL. 2)**

Firma e timbro del MMG/MEDICO CURANTE \*\*\*

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

\*specificare rapporto di parentela o conoscenza con il paziente o se MMG o altro sanitario;

\*\*qualora fosse diverso dal richiedente;

\*\*\*per Medico Curante si indica il Sanitario che ha in cura il Paziente.