

ASLBA

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N° _____
CURE DOMICILIARI PALLIATIVE

ALLEGATO 2 – Proposta Ammissione Cure Domiciliari Palliative

Parte riservata all'assistito

Il/la sottoscritto/a _____ affetto da _____

CHIEDE

di fruire di **Cure Domiciliari Palliative** a cura della _____
_____ così come definita dalla Convenzione in essere con la ASL BA.

A tal fine dichiara di:

- essere nato a _____ il _____
- di risiedere a _____ in Via _____ N° _____
- tel. _____ cell. _____ c.f. _____ e/o di
essere domiciliato a _____ in Via _____ N° _____
tel. _____
- di acconsentire al trattamento dei propri dati personali

Firma del Paziente _____

Data _____

Per il Paziente _____

Parte riservata al Medico di Assistenza Primaria del Richiedente

Il/la sottoscritto/a Dr. _____ M.M.G./P.L.S. con
studio medico in Via _____ N° _____ ; Città _____ ;
Tel. _____

PROPONE

l'ammissione alle **Cure Domiciliari Palliative** di cui alla Convenzione ASL BA-
_____ – per il proprio assistito

Sig. _____ affetto da _____

Si allega documentazione sanitaria.

Data _____

_____ (firma e timbro)