



All. 2

**Modulo per la scelta tra le Associazioni Accreditate  
in provincia di Ragusa 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 Onlus**
- S.A.M.O.T. Onlus**

**N.B. La scelta della 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** \_\_\_\_\_