



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

Modulo di preferenza Ente erogatore Cure Palliative Domiciliari

Il sottoscritto^(*) (Cognome) _____ (Nome) _____

Informato che i soggetti accreditati per l'erogazione di Cure Palliative Domiciliari della ASP di Palermo sono:

1) SAMO ETS

2) SAMOT ETS

CHIEDE

☐ Per se stesso

☐ Per il familiare (indicare grado di parentela) _____

(Cognome) _____ (Nome) _____ nato _____

a _____ il _____, residente a _____ in _____ Via/Piazza

_____ n. _____ tel. _____ cell. _____

che il Soggetto erogatore delle Cure Palliative Domiciliari (CPD) sia:

☐ _____

Data _____

IL RICHIEDENTE

¹(*) ? da compilare in stampatello