



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 Hospice

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

Informato che le strutture accreditate come Hospice sono:

1) HOSPICE ASP

2) HOSPICE ARNAS CIVICO

3) HOSPICE LA MADDALENA

CHIEDE

☐ Per se stesso

☐ Per il familiare (indicare grado di parentela) _____

(Cognome) _____ (Nome) _____ nato _____
a _____ il _____, residente a _____ in _____ Via/Piazza
_____ n. _____ tel. _____ cell. _____

l'assegnazione al seguente HOSPICE:

☐ _____

Consapevole che in mancanza di posti-letto disponibili presso l'Hospice scelto, verrà proposta l'accoglienza presso l'Hospice disponibile.

Data _____

IL RICHIEDENTE

¹(*) ² da compilare in stampatello