

Al Direttore Responsabile Del Distretto
Al Responsabile U.O. Cure Domiciliari
Al Responsabile U.O. Cure Palliative e Terapia del Dolore

Oggetto: Ricovero in Centro di Cure Palliative (Hospice)

Il/la sottoscritto/a _____

Residente in _____ Via _____

Recapito telefonico _____ cell _____

In qualità di _____

Del/della sig _____

Nato/a _____ il _____ e residente in _____

CHIEDE

Il ricovero in HOSPICE del sig/sig.ra _____
nato/a _____ il _____ Residente in _____

Esprime la propria preferenza per il ricovero nella struttura pubblica o accreditata di cui al D.C.A. n. 158 del 31/12/2012;

Indicare con X una scelta tra:

- Hospice pubblico "Ave Grazia Plena" San Felice a Cancelli
- Villa Fiorita S.P.A. - via Appia, km 199, località Cammarelle (Fuori Porta Roma) - Capua (CE)
- Hospice Nicola Falde SPÀ, via Murata, S. Maria C.V. (CE)
- Casa di Cura Villa Giovanna, via Vicinale Stazione - Torc e Picilli (CE)

Allega:

Richiesta del MMG dott. _____

Certificazione sanitaria

Fotocopia documento d'identità e codice fiscale

NJB. I dati contenuti nella presente richiesta, nel rispetto della privacy, saranno trattati esclusivamente dai responsabili designati dai servizi pubblici competenti.

DATA ____/____/____

FIRMA _____