

## MODULO RICHIESTA VOLONTARI A DOMICILIO



Richiesta da parte di

N°

Paziente/Familiari	Medico Famiglia
Specialista	Altro

CHIEDE per

il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cell.(paziente) \_\_\_\_\_ cell.(referente) \_\_\_\_\_ e-mail (referente) \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_

l'attivazione del servizio di volontariato a domicilio \_\_\_\_\_

E' assistita dal Medico di Famiglia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ e/o Associazione \_\_\_\_\_

in terapia oncologica : chemioterapia Si  No  Ciclo \_\_\_\_\_ Periodicità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Radioterapia Si  No  Ciclo N° \_\_\_\_\_ Tipologia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Periodicità \_\_\_\_\_ Presso Ospedale/Policlinico di \_\_\_\_\_

Si resta in attesa di essere convocato per un eventuale colloquio/consulto preliminare per valutare le condizioni del paziente e la presenza delle indicazioni previste dal regolamento.

### Formula di consenso di adesione

Ricevuta l'informativa sul trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 della D.Lgs. 196/2003, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statuari e per le finalità e nei limiti indicati dalla menzionata informativa. Consento altresì, in particolare ai trattamenti derivanti dalla comunicazione dei dati ai soggetti indicati al punto 3) dell'informativa stessa.

(luogo,data)

Firma paziente/ familiare

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_