

SCELTA DELL'ASSOCIAZIONE ONLUS

Il/la sottoscritto/a
nato/ail
residente a Via n°
tel. C.F.

CHIEDE

- Per se stesso
- Per il proprio familiare

Nome..... Cognome.....
nato/a.....il
residente a Via n°
tel..... C.F.....

in atto ricoverato/a presso U.O
l'attivazione delle Cure Domiciliari Palliative.

Avendo preso visione dell'elenco delle Associazioni Onlus convenzionate con la ASP di Catania, sceglie in
maniera autonoma e non condizionata, la sottoindicata Associazione Onlus:

.....

Doc. di riconoscimento.....

Firma

Catania,

