

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
