

**REGIONE PUGLIA****Azienda Sanitaria Locale BA**

AZIENDA SANITARIA DELLA PROVINCIA DI BARI  
 DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. \_\_\_\_\_ BARI EX BA/2  
 ASSISTENZA DOMICILIARE ONCOLOGICA

(CONVENZIONE AZIENDA ASL BA FONDAZIONE "OPERA SANTI MEDICI COSMA E DAMIANO - ONLUS" - BITONTO)

Parte riservata all'assistito

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, affetto da \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di fruire di Assistenza Domiciliare Oncologica a cura della Fondazione "Opera Santi Medici Cosma e Damiano - ONLUS" - Bitonto così come definita dalla convenzione in essere con la ASL BA. A tal fine dichiara di:

- essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di risiedere a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
 e/o di essere domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_
- di acconsentire al trattamento dei propri dati personali

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Per il paziente \_\_\_\_\_  
 (firma e grado di parentela)

Parte riservata al Medico di Assistenza Primaria del richiedente

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ M.M.G./P.L.S. con studio medico in  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**PROPONE**

l'ammissione all'Assistenza Domiciliare Oncologica di cui alla Convenzione ASL BA - Fondazione "Opera Santi Medici Cosma e Damiano - ONLUS" - Bitonto per il proprio assistito Sig.

\_\_\_\_\_ affetto da \_\_\_\_\_

Si allega documentazione sanitaria.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma e timbro)

**REGIONE PUGLIA**

**Azienda Sanitaria Locale BA**

AZIENDA SANITARIA DELLA PROVINCIA DI BARI  
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. \_\_\_\_\_ BARI EX BA/2  
ASSISTENZA DOMICILIARE ONCOLOGICA

(CONVENZIONE AZIENDA ASL BA FONDAZIONE "OPERA SANTI MEDICI COSMA E DAMIANO - ONLUS" - BITONTO)

*Parte riservata all'Azienda A.S.L. BA - D.S.S. N. 2 EX BA/2*

Data \_\_\_\_\_

Si autorizza l'Assistenza Domiciliare Oncologica al Sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il Dirigente del Distretto S.S.

\_\_\_\_\_  
(firma)

*Parte riservata alla Fondazione "Opera Santi Medici Cosma e Damiano - ONLUS" - Bitonto*

Data \_\_\_\_\_

Si accetta di erogare l'Assistenza Domiciliare Oncologica al Sig. \_\_\_\_\_

Si accetta su liste di attesa dal \_\_\_\_\_  
(data)

Non si accetta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del medico della Fondazione)