

Ufficio Assistenza: Taranto Via Pitagora n.90/b -tel./fax 099 4526722

Ufficio Assistenza: Grottaglie Via Giusti n.8 - tel/fax 099 5610104

Delegazione aggregata : Castellaneta Via Mazzini 16- c/o sede diocesana tel/fax 099 8441616

Data: _____

Si richiede

- Ospedalizzazione Domiciliare Specialistica Oncologica
- Assistenza domiciliare Oncologica.....
- Consulenza Specialistica oncologica domiciliare.....

Per il/la Signore /a data di nascita:.....

Indirizzo:..... telefono:.....

Città :..... Provincia :.....

A- USL Distr..... Cod.fiscale :.....

Esenzione ticket n.....per.....

Diagnosi :.....

Tipo prestazione :

Timbro e firma del medico curante

Firma del familiare

.....

Ai sensi dell'art.13 – L.675/96 si autorizza l'Associazione Nazionale Tumori ad inserire i dati del Paziente nelle sue liste per scopi istituzionali dell'ANT . In ogni momento si potrà comunque richiedere la modifica,la cancellazione oppure opporsi gratuitamente al loro utilizzo scrivendo a : ASSOCIAZIONE NAZIONALE TUMORI ,VIA PITAGORA 90/B – 74100 TARANTO.

Firma del familiare

.....

PARTE RISERVATA ALL'ANT

SI AUTORIZZA

NON SI

AUTORIZZA.....

MOTIVI :

.....