



Distretto di _____

**Modulo per la scelta tra le Associazioni Accreditate
in provincia di Messina per l'erogazione di
CURE PALLIATIVE DOMICILIARI**

Il Paziente _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____ Residente a

_____ Via/P.zza _____

(Oppure)Il Sottoscritto _____ nella qualita' di * _____

del Sig. _____ residente a _____

Via/P.zza _____ tel/cell _____

*(grado di parentela)

Dichiara

Che, informato che tale servizio viene erogato in questa Provincia dalle seguenti Associazioni:

- ANTEA Onlus 0909146067 - Sede: Via E. Lombardo Pellegrino n. 23 C
- SISIFO Onlus 0909799542 - Sede Via L. Cadorna is. 212

Di scegliere liberamente di essere assistito da:

**N.B. La scelta della Onlus, ad esclusiva volontà del paziente o dei familiari,
è vincolante per l'ASP 5 Messina ma può essere modificata in qualunque momento su esplicita e
motivata richiesta**

DATA _____

FIRMA _____