

Al Direttore Responsabile Distretto Sociosanitario \_\_\_\_\_

Responsabile Unità Operativa Cure Palliative

Fax 0823/445903. Mail: [tdcp@aslcaserta1.it](mailto:tdcp@aslcaserta1.it)

**Oggetto: RICOVERO IN CENTRO CURE PALLIATIVE (HOSPICE)**

Il/la sottoscritto/a.....  
e residente in ..... via .....  
recapito telefonico (.....) cell. (.....)  
in qualità di .....  
del/lla sig./ra .....  
nato/a ..... il ..... e residente in .....  
.....(.....)

**CHIEDE**

Il ricovero in **HOSPICE** del sig./sig.ra .....

Esprime la propria preferenza per il ricovero nella struttura accreditata di cui al D.C.A. n. 158 del 31/12/2012: .....

Indicare una scelta tra:

- Villa Fiorita S.P.A. – via Appia, km 199, località Cammarelle (Fuori Porta Roma) – Capua (CE)
- Hospice Nicola Falde SPA, via Murata, S. Maria C.V. (CE)
- Casa di Cura Villa Giovanna, via Vicinale Stazione – Tora e Picilli (CE)

Allega:

Richiesta del MMG dott. \_\_\_\_\_

Certificazione sanitaria

Fotocopia documento d'identità e codice fiscale

**N.B.** I dati contenuti nella presente richiesta, nel rispetto della privacy, saranno trattati esclusivamente dai responsabili designati dai servizi pubblici competenti.

....., li.....

Firma

.....