



Richiesta di accompagnamento all'Associazione C.A.L.T.

Il/la sottoscritto/a nato/a a il

Residenza CAP Provincia (.....)

Indirizzo

Telefono Cellulare Cellulare

chiede

alla spettabile Associazione CALT la possibilità di essere assistito/a per tutto il processo terapeutico in forma totalmente gratuita.

Richiede il vostro intervento per i seguenti motivi:

.....
.....

Terapia da effettuare

Centro terapia e località

Come ha saputo di noi*

* Campo obbligatorio

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della segnalazione inoltrata.

Firma del paziente
(o chi ne fa le veci)

Napoli, li

.....

PRECISAZIONI E TRASPARENZA DEL SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO CALT

Il servizio non è obbligatorio ma fornito GRATUITAMENTE dall'Associazione CALT ma a condizione che i pazienti — SOLO ONCOLOGICI — accettino che in qualche occasione si possa creare qualche piccolo ritardo o disservizio. Per questo servizio L'Associazione non riceve contributi finanziari da enti istituzionali nazionali, regionali, provinciali o comunali. Gli accompagnatori sono VOLONTARI e non AUTISTI. Per cui il servizio è vincolato alla disponibilità dei Volontari, delle autovetture e delle entrate finanziarie. Altresì l'Associazione non può ritenersi responsabile per eventuali ritardi nel raggiungere i Centri di competenza.

Il CALT chiede, quindi, alla famiglia del paziente di chiamare solo quando effettivamente siano impossibilitati a provvedere diversamente.

Il Servizio è riservato ai pazienti oncologici con accertate difficoltà economiche ed è attivo solo di mattina, fino alle 14,00. La richiesta per essere accompagnati deve essere fatta tassativamente, ALMENO DUE giorni lavorativi prima al numero 081.7472207 dalle 9.30 alle 13.30