

## ASSOCIAZIONE CURE PALLIATIVE DI LIVORNO ONLUS

L'Associazione si prefigge di fornire sostegno all'Unità di Cure Palliative dell'Azienda USL n. 6 di Livorno, destinata alla cura ed alla assistenza dei pazienti "terminali" o comunque "incurabili" nonché di perseguire i seguenti fini:

- promuovere e favorire la conoscenza e lo sviluppo della disciplina delle cure palliative con ogni modalità ritenuta opportuna, in particolare attraverso l'organizzazione di corsi, congressi, conferenze, pubblicazioni e seminari;
- promuovere e sviluppare la formazione del personale medico e paramedico, compreso il volontariato, istituendo corsi di formazione in Cure Palliative per pazienti neoplastici terminali, nell'ottica di ampliare tale pratica ad altre patologie;
- istituire borse di studio relative a progetti finalizzati alla cura ed alla assistenza dei pazienti terminali od inguaribili per qualsiasi patologia;
- contribuire alla evoluzione di una assistenza integrale sia durante la degenza, sia presso il domicilio dei pazienti terminali, anche con la donazione di strumenti finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita degli stessi;
- favorire e promuovere una concreta solidarietà tra le famiglie e le organizzazioni che si occupano del problema;
- sensibilizzare gli organismi politici, amministrativi, sanitari e l'opinione pubblica in generale, al fine di adottare provvedimenti tesi a migliorare l'assistenza ai pazienti terminali e alle loro famiglie;
- mantenere rapporti con Associazioni ed Organizzazioni, associarsi e far parte di organismi nazionali, europei ed eventualmente internazionali, aventi come scopo il coordinamento di tutte le attività relative alla cura ed al sostegno dei pazienti terminali;
- intraprendere qualsiasi tipo di iniziativa e/o compiere qualsiasi operazione mobiliare, immobiliare, finanziaria ed all'occorrenza anche commerciale ritenuta utile e necessaria per il conseguimento delle finalità di cui al presente articolo. E' escluso ogni scopo di lucro dell'Associazione.

**(Si prega di scrivere in stampatello)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ E-mail\* \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Professione\* \_\_\_\_\_

Doc.di identità \_\_\_\_\_ n° documento \_\_\_\_\_

Disponibile a svolgere attività di volontariato:  SI  NO

Tipologia di volontariato:

- call center  assistenza in hospice  attività di raccolta fondi  
 assistenza domiciliare  distribuzione farmaci  altro (specificare).....

- Quota d'iscrizione a scelta (barrare con una X la casella corrispondente alla quota pagata)

€10  €20  €30  €40  €50

Data versamento quota: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso:

Conto Postale  Conto Bancario  In contanti

Approvando la finalità perseguite dall'Associazione cure palliative di Livorno ONLUS sopra esposte, aderisce in qualità in qualità si socio ordinario versando la quota annuale di iscrizione (a partire da 10€) Ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del dlgs 19/03, consente l'uso dei propri dati per gli scopi in essa specificati.

Data e Firma \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Le schede incomplete, non leggibili e/o non firmate saranno riter