

**Alla Direzione Generale per la Tutela della Salute  
e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale –  
UOD 04 Assistenza Ospedaliera**

**RICHIESTA DI ADESIONE ALLA RETE ONCOLOGICA DELLA REGIONE CAMPANIA**

- ASL / AO / AOU / IRCCS:** \_\_\_\_\_
- Struttura accreditata e relativa ASL di riferimento:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Neoplasia per la quale si chiede l'ingresso nella ROC:** (se più di una compilare schede specifiche) \_\_\_\_\_;
- Equipe chirurgica specifica identificata** (almeno primo chirurgo):  
\_\_\_\_\_;
- CORP/CORPUS e GOM di riferimento** relativamente alla neoplasia per la quale si richiede l'ingresso nella ROC: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- laboratorio di anatomia patologica di riferimento**, (attività di refertazione in linea con quanto prescritto dall'allegato 28 del DD 221 del 23/06/2021" PDTA Anatomia Patologica Regione Campania 2021 - Edizione 2021" e da successivi aggiornamenti dello stesso PDTA):  
\_\_\_\_\_;
- strutture di riferimento per i trattamenti di chemioterapia e/o radioterapia:**
- Chemioterapia \_\_\_\_\_
- Radioterapia \_\_\_\_\_

Firma

- Il Direttore Generale **ASL / AO / AOU / IRCCS** \_\_\_\_\_
- Direttore sanitario Struttura accreditata \_\_\_\_\_