

**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 _____