

Allegato

Informazioni sul medico sentinella

Regione: _____ **ATS – ASSSL DI :** _____

Cognome : _____

Nome : _____

Recapito: Via : _____

Città : _____ **CAP :** _____

Telefono : _____ **Fax :** _____

E-mail : _____

N° assistiti 0-4 anni :

N° assistiti 5-14 anni :

N° assistiti 15-24 anni :

N° assistiti 25-44 anni :

N° assistiti 45-64 anni :

N° assistiti 65 anni e oltre :

Istruzioni per la compilazione:

- compilare in stampatello;
- l'indirizzo da specificare è quello a cui deve essere inviata la documentazione o altro materiale tramite corriere o posta;
- e-mail: indicarla solo se consultata regolarmente.
- il numero degli assistiti suddivisi per fascia d'età è indispensabile per lo studio. Le ASSSL dovrebbero fornire l'informazione se non disponibile dal medico.

Ad ogni medico verrà assegnato un codice identificativo ed una password per la connessione al sito Internet per la consultazione dei dati inseriti.