Allegato B

GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

SCHEDA DI ARRUOLAMENTO

Elenco degli Assistiti del Dott:

Cognome …… Nome ……C.F……

che hanno aderito al percorso di G.I. con consenso informato

COGNOME	NOME	DATA NASCITA	CODICE FISCALE	Anno insorgenza Diabete	Complicanze	
					SI	NO

- o **HO RACCOLTO IL CONSENSO INFORMATICO ALLA GESTIONE INTEGRATA**
- o **HO RACCOLTO L'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI**

TIMBRO e Firma del Medico

Indirizzo, numero di telefono, orario di reperibilità e indirizzo E-mail del Medico

_____

_____

_____

LUOGO

DATA