Allegato A_1

GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL PAZIENTE

Cognome: **Nome:** **Data di nascita:**

Codice Fiscale: **Epoca di insorgenza del Diabete:**

Indirizzo:

? HO RACCOLTO IL CONSENSO INFORMATO ALLA GESTIONE INTEGRATA

? HO RACCOLTO L'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

TIMBRO e Firma del Medico

Luogo,

Data: