

PROGETTO REGIONALE DI SCREENING PER IL DIABETE**MODULO ADESIONE PROGETTO**

Farmacia _____ Cod. Prov. _____

Situata nel Comune di _____ (Prov)

Azienda ULSS territorialmente competente _____

In data ___ / ___ / _____

Il/la sig./sig.ra _____

C.F. _____

ha deciso di:

- aderire al *“Progetto regionale di screening per il diabete”*.
- non aderire al *“Progetto regionale di screening per il diabete”*.

Firma sig./sig.ra
