

**PROGETTO REGIONALE PER MIGLIORARE L'ADERENZA TERAPEUTICA NEI  
PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIA CRONICA**

**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 per migliorare l’aderenza terapeutica nei pazienti affetti da patologia cronica.*”  
In caso di ritorno dell’emergenza sanitaria da virus COVID-19, eventuali colloqui successivi potrebbero essere effettuati in modalità telefonica. Il farmacista la contatterà al numero di seguito indicato: \_\_\_\_\_
- non aderire al “*Progetto regionale per migliorare l’aderenza terapeutica nei pazienti affetti da patologia cronica*”

Firma sig./sig.ra

\_\_\_\_\_