

**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”*
- non aderire al *“Progetto regionale per migliorare l'aderenza terapeutica nei pazienti affetti da patologia cronica”*

Firma sig./sig.ra
