

Allegato C

Gestione integrata del diabete di tipo 2

Il sottoscritto/a dr./dr.ssa

Cognome.....Nome.....

Referente dell'Equipe Territoriale n.....ASL.....

Dichiara che la propria Equipe:

ha erogato per l'anno in corso complessivamente una qualità di assistenza pari a:

Obiettivo 1 – la prevalenza _____

Obiettivo 2 – follow- up _____

Obiettivo 3 – “performance” _____

per un totale di _____

come certificato nella tabella allegata

Chiede pertanto

che ad ogni componente venga riconosciuto l'incentivo di Equipe normato dall'AIR

data.....

Timbro e Firma

.....