**DOTT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MEDICO CHIRURGO**

**SPECIALISTA IN PEDIATRIA**

**CODICE REG. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nota:**

**modulo da inviare relativamente seguenti trimestri**

1. **aprile, maggio, giugno 2016 (I trimestre)**
2. **luglio, agosto, settembre 2016 (II trimestre)**
3. **ottobre, novembre, dicembre 2016 (III trimestre)**

**rispettivamente entro il 15° giorno del mese successivo a ciascun trimestre (luglio 2016 - ottobre 2016 - gennaio 2017)**

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Azienda USL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Responsabile aziendale per la Medicina convenzionata

Ufficio trattamento economico

Azienda USL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO: GOVERNO CLINICO PLS -2016 D.C. 26 del 22 marzo 2016 - punto 2c - TRIMESTRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ELENCO TRIMESTRALE DEI BAMBINI CHE COMPIONO 12 MESI NEL TRIMESTRE DI RIFERIMENTO CONVOCATI PER COUNSELING VACCINALE ed ELENCO DELLE PRESENZE IN STUDIO DEL TUTORE LEGALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | CONVOCATI NEL TRIMESTRE | PRESENZE ACQUISITE IN STUDIO |
| n | CF ASSISTITO | COGNOME | NOME | DATA NASCITA | DATA + ORACOUNSELING | CF TUTORE | COGNOME | NOME | FIRMA/CONS. El. con T.Sanitaria |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | autografa |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | ID CONSENSO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Genitori responder nel trimestre :convocati:  | Azioni eseguite: |
| INCIDENZA |  % |

Distinti saluti

Luogo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cod.reg. \_\_\_\_\_\_