

PRIMA ADESIONE AL SISTEMA DI PRESA IN CARICO TRAMITE TELEMEDICINA E/O TELEASSISTENZA DI PAZIENTE AFFETTO DA:

☐ Scompenso cardiaco

☐ BPCO

☐ Diabete

Il/la sottoscritto/a nome: _____ cognome: _____
nato/a a _____ il _____ CF: _____
residente a _____ in Via _____ n: _____
numero di telefono: _____

CHIEDE di poter essere contattato da personale incaricato dalla ASL di Nuoro per arruolamento nel sistema di telemedicina e/o teleassistenza

Data _____

In fede
