

Alla Cortese attenzione
del Capo Dipartimento _____,
Azienda Sanitaria Provinciale di _____

Oggetto: dichiarazione raggiungimento obiettivi di copertura vaccinale MPR.

Il Sottoscritto **Dott.** _____, pediatra di libera scelta nel comune di _____, avendo aderito al “Progetto Salute Infanzia” previsto dall’A.I.R. (deliberazione G.R. 327 del 01/06/07), alla lettera D: “la profilassi delle malattie infettive”,

CHIEDE

- 1) L’incentivo annuo di **1 euro** per ogni assistito in carico, per aver raggiunto nell’**anno 2007** l’obiettivo del **90%** di copertura per la **prima dose di MPR** sugli assistiti delle corti di nascita dal **1993 al 2004**.
- 2) L’incentivo annuo di **1 euro** per ogni assistito in carico, per aver raggiunto nell’**anno 2007** l’obiettivo del **90%** di copertura per la **seconda dose** sugli assistiti delle corti di nascita **1998 e 1999**.

....., lì

Firma e timbro