

Allegato 1

**Sistema di Sorveglianza sentinella dell’Influenza basata su Medici di
Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta**

INFORMAZIONI SUL MEDICO SENTINELLA

Regione Campania

ASL NAPOLI 1 CENTRO

Cognome _____

Nome _____

Recapito Via _____

Città _____

Telefono _____ **Fax** _____

E-mail _____

N° assistiti 0-4 anni ___/___/___/___/

N° assistiti 5-14 anni ___/___/___/___/

N° assistiti 25-44 anni ___/___/___/___/

N° assistiti 45-64 anni ___/___/___/___/

N° assistiti 65 anni e oltre ___/___/___/___/