

## Allegato 8

<b>SCHEMA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA mod. MI-BASE</b>			
Caso di _____ Criterio diagnostico _____	Es. Clinico ___	Es. Diretto ___	
	Es. Colturale ___	Es. Sierologico ___	
<b>A</b>			
COGNOME _____ NOME _____			
NATO/A A _____ PROV ( ) _____ IL _____			
NAZIONALITÀ _____ TEL _____			
STATO CIVILE _____			
TITOLO DI STUDIO _____ PROFESSIONE _____			
RESIDENTE A _____ PROV ( ) _____ TEL _____ ASL _____			
DOMICILIO _____ PROV ( ) _____ TEL _____ ASL _____ (se diverso dalla residenza)			
COMUNITÀ FREQUENTATA _____ PROV ( ) _____ TEL _____ ASL _____ (indirizzo)			
<b>B</b>			
DATA INIZIO SINTOMI _____ VACCINATO/A IN PRECEDENZA SI ___ NO ___ ANNO _____			
RICOVERATOI PRESSO _____ IL _____ (ospedale e reparto)			
<p style="text-align: center;">MEDICO NOTIFICANTE (firma e timbro)</p>		<p>Recapito _____</p> <p>Telefono _____</p> <p>Data di nascita _____ ASL _____</p>	