



**RICHIESTA PRENOTAZIONE VACCINAZIONE IN COPAGAMENTO
DATI ANAGRAFICI**

Io sottoscritto cognome e nome* _____
 nato il* ___/___/___ a* _____ residente a* _____
 C.F.* _____ n° di telefono* _____

GENITORE / TUTORE DI:

Nome e cognome* _____ nato il* ___/___/___
 a* _____ residente a* _____
 C.F.* _____

CHIEDO UN APPUNTAMENTO PER :

Indicare con una "X" la vaccinazione prescelta*			
<input type="checkbox"/>	VACCINO ANTIFEBBRE GIALLA	<input type="checkbox"/>	VACCINO ANTI-RABBICA
<input type="checkbox"/>	VACCINO DELL'ENCEFALITE GIAPPONESE	<input type="checkbox"/>	VACCINO ANTITIFICO I.M.
<input type="checkbox"/>	VACCINO ENCEFALITE DA ZECCHIE	<input type="checkbox"/>	VACCINO ANTICOLERA ORALE
<input type="checkbox"/>	VACCINO HPV MASCHI NATI PRIMA DEL 2006	<input type="checkbox"/>	VACCINO ANTIMENINGOCOCCICO B
<input type="checkbox"/>	VACCINO ANTIEPATITE A+B ADULTI	<input type="checkbox"/>	VACCINO ANTIMENINGOCOCCICO C GRATUITO FINO AI 10 ANNI DI ETA'
<input type="checkbox"/>	VACCINO ANTIEPATITE A (GRATUITO FINO A 14 ANNI)	<input type="checkbox"/>	VACCINO ANTIMENINGOCOCCO CONIUGATO DEL GRUPPO A, C, Y, W GRATUITO DA 11 A 18 ANNI DI ETA'
<input type="checkbox"/>	VACCINO DIFTO – TETANO – POLIO SALK ADULTI		

AMBITO VACCINALE RICHIESTO*:

- LEGNANO/CASTANO PRIMO - Ospedale Vecchio Via Canazza,1.
 MAGENTA/ABBIATEGRASSO - Ospedale, via Al Donatore di Sangue,50

MODALITA DI RICHIESTA:

Inviare il presente modulo, compilato in ogni sua parte a : vaccinazioni.areapagamento@asst-ovestmi.it

ACCONSENTO*

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.
 Letto, confermato e sottoscritto

Firma

Data ___/___/___ Li _____

* DATI OBBLIGATORI