



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*			
☐	VACCINO ANTIFEBBRE GIALLA	☐	VACCINO ANTI-RABBICA
☐	VACCINO ANTI DENGUE	☐	VACCINO ANTITIFICO I.M.
☐	VACCINO ENCEFALITE DA ZECCHIE	☐	VACCINO DELL'ENCEFALITE GIAPPONESE
☐	VACCINO HPV (ANTI PAPILLOMA VIRUS)	☐	VACCINO ANTIMENINGOCOCCICO B
☐	VACCINO ANTIEPATITE A+B ADULTI	☐	VACCINO ANTIMENINGOCOCCO CONIUGATO DEL GRUPPO A, C, Y, W GRATUITO DA 11 A 18 ANNI DI ETA'
☐	VACCINO ANTIEPATITE A (GRATUITO FINO A 14 ANNI)		
☐	VACCINO ANTI HERPES ZOSTER RICOMBINANTE - A PARTIRE DAI 18 ANNI DI ETA'	☐	VACCINO ANTI COLERA ORALE

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