

**Corso di Laurea in Fisioterapia\_ Università di Padova**

Polo Formativo di Schio -Casa della Salute -

Tel. 0445-389575 -Segreteria Didattica-

e-mail: [cdl-fisio@aulss7.veneto.it](mailto:cdl-fisio@aulss7.veneto.it)

**AUTOCERTIFICAZIONE VACCINALE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Cognome

Nome

Matricola

Luogo di Nascita

Data di nascita

Cittadinanza

Codice Fiscale

ULSS di appartenenza

Regione

Medico Curante

Telefono Fisso

Cellulare

Indirizzo E-mail universitario

@studenti.unipd.it

RESIDENZA\_

Indirizzo

n.

Comune

CAP

Prov.

DOMICILIO\_

Indirizzo

n.

Comune

CAP

Prov.

rispetto alla vaccinazione per **Epatite B**, dichiara quanto segue:

Ha eseguito la vaccinazione in data

presso

e consegnerà copia del

Libretto Vaccinale al Medico Competente al momento della visita di Idoneità.

Non ha eseguito la Vaccinazione per l'Epatite B

**L'informativa sulla copertura vaccinale è necessaria per stabilire gli accertamenti clinici ai fini dell'idoneità alla mansione, rilasciata dal medico competente e indispensabile per poter accedere al tirocinio clinico.**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma**