

All'ULSS 7 Pedemontana

Il/la sottoscritto/a.....
recapito telefonico (a cui posso essere contattato).....
recapito fisico o indirizzo e-mail o PEC cui posso ricevere comunicazioni:
.....
madre/padre /tutore del minore
nato/a.....il.....
residente in Vian.Comune

presenta formale richiesta

per il minore sopraindicato, di somministrazione delle seguenti vaccinazioni (indicare la/le vaccinazione/i richiesta/e):

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica | <input type="checkbox"/> anti-morbillo |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> anti-rosolia |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica | <input type="checkbox"/> anti-parotite |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> anti-varicella
(solo per i nati a partire dal 2017) |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse | |
| <input type="checkbox"/> anti- <i>haemophilus influenzae</i> tipo
b | |

Distinti Saluti

Data

Firma

Si allega copia del documento d'identità o riconoscimento del richiedente