

Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

Essendo stato informato dal mio medico sui benefici e/o eventuali rischi connessi alla pratica vaccinale, acconsento ad essere sottoposto alla sotto indicata vaccinazione

Tipologia di vaccino (per ogni tipologia di vaccino compilare una tabella diversa): **1** Vaxigrip **2** Fluad tetra **3** Efluelda **4** Shingrix **5** Prevenar 20 **6** Pneumovax

Lotto Vaccino			Scadenza			7 Altri vaccini (specificare)																	Sede	Peso	Altezza	Circ. add.
n.	Cognome e Nome		Data di nascita	Sesso	Data di somministr.	Categoria a rischio**											Firma									
1				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
2				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
3				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
4				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
5				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
6				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
7				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
8				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
9				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
10				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
11				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
12				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
13				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
14				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
15				M F		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
Totale																										