

REGIONE CAMPANIA - Assessorato alla Sanità - O.E.R.
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE - CAMPAGNA 2025 - 2026

Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro

Consenso Informato

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																			