



RIMBORSO VACCINAZIONI

ATTESTAZIONE MEDICO CURANTE O PEDIATRA

ISCRITTO/A CADIPROF

Cognome _____ Nome _____ data di nascita gg ___ mm ___ aaaa _____

Indirizzo _____ n. _____ Comune _____ CAP _____ Prov _____

Codice fiscale _____

Vaccinazione eseguita:

- Per se stesso
 Per familiare (coniuge o figlio/a)

Cognome _____ Nome _____ cod. Fiscale _____
(da compilare in caso di vaccinazione del familiare)

COMPILAZIONE RISERVATA AL MEDICO CURANTE O PEDIATRA

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ attesta
che per il/la paziente _____ non sussistono
controindicazioni all'effettuazione delle seguenti vaccinazioni:

- Anti HPV
- Anti meningococco quadrivalente ACW135Y
- Anti meningococco B
- Vaccinazione influenzale stagionale
- Anti pneumococco
- Anti Difterite tetano pertosse
- Anti morbillo parotite rosolia
- Anti epatite A

Data _____

Timbro e Firma del Medico _____