

Inserire logo ASL  
numero telefono, indirizzo, mail

Data: \_\_\_\_\_

### CERTIFICATO VACCINALE

Assistito: Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

### VACCINAZIONE

Elenco Vaccinazioni

Poliomielite \_\_\_\_\_

Difterite \_\_\_\_\_

Tetano \_\_\_\_\_

Pertosse \_\_\_\_\_

Epatite B \_\_\_\_\_

Haemophilus b \_\_\_\_\_

Poliomielite \_\_\_\_\_

Morbillo \_\_\_\_\_

ecc.

si certifica che il soggetto è in regola con il programma vaccinale vigente fino al  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (inserire data del richiamo delle dosi successive).

Il referente per le attività vaccinali della ASL

\_\_\_\_\_  
Dr. \_\_\_\_\_