



SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Comune di _____

CERTIFICATO DI VACCINAZIONE

Visti gli atti di questo Ufficio si attesta che _____

nato a _____ il _____ e residente in

via _____

è stato sottoposto alle seguenti vaccinazioni:

Vaccinazione antidifterica

Vaccinazione antitetanica

Vaccinazione antipertosse

Vaccinazione antimorbillo

Vaccinazione antirosolia

Vaccinazione antiparotite

1) il _____

il _____

2) il _____

3) il _____

Vaccinazione antitifo - paratifo

Richiami _____

il _____

per via _____

Vaccinazione antipolio

Altre vaccinazioni

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Vaccinazione antiepatite B

1) _____

2) _____

3) _____

Rilasciato in carta libera per uso _____

_____, li _____

Timbro e firma del Medico