

Vaccinazione anti-influenzale – CAMPAGNA 2024-2025

RICHIESTA RITIRO DOSI

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

ASL NAPOLI 1 CENTRO Distretto Sanitario _____

Coordinatore AFT _____

MMG _____

PLS _____

Vaccino	N. Dosi
QIV	
LAIV	
aQIV	
hdQIV	

MODALITÀ DI RITIRO

- Ritiro delle dosi vaccinali in prima persona o tramite proprio delegato o tramite Coordinatore AFT di appartenenza (**chiunque sia il delegato Allegare delega scritta datata e firmata**)

Legenda:

QIV: Quadrivalente

aQIV: Quadrivalente adiuvato con MF59

hdQIV: Quadrivalente ad alto dosaggio

LAIV: Quadrivalente spray ad uso pediatrico

DATA richiesta _____

FIRMA LEGGIBILE e TIMBRO