SCHEDA INFORMATIVA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DEI DANNI DA VACCINO EX LEGGE N 210/92 E SMI

Io sottoscritto Dr.…………………………………………………………………..………………

nato a ………………...……….……….... (prov. ……..) il ….…………………..., nella mia qualità di……………………………………………………………………………………………………………….

certifico che il Sig. …………………………………………… nato a .............................

(prov. ......) il ……………………. è stato vaccinato il giorno …………………presso………………………con la seguente tipologia di vaccino:

Nome Commerciale:………………………… Ditta produttrice…………………………………… Serie n. ……………………………… Lotto n…………………………… Scadenza: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Certifico\* altresì che la vaccinazione:

* è stata da me personalmente effettuata
* è stata effettuata dal Dr. ……………………………………………… con la qualifica di …………………………………………………………………………………………………………………………………… presso………………………………………………………………………………………………………………………….

\* sulla base dei dati estrapolati dai sistemi informativi aziendali

............................... lì, ................................

(Data)

..............................................

(Firma e timbro del medico)