



**FIUMEDICA – STRUTTURA SANITARIA PRIVATA**

*Aut. Sanitaria ASS5 N.24710/P del 22/03/2017*

**AUTODICHIARAZIONE**

**PRENOTAZIONE VACCINO/RICHIAMO ANTI-TETANICA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

*genitore di (compilare solo in caso di minore)* \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità di aver prenotato presso l'ASL (o struttura sanitaria autorizzata) l'esecuzione della vaccinazione anti-tetanica o del suo "richiamo".

La prestazione avverrà in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ .

Luogo e data

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_