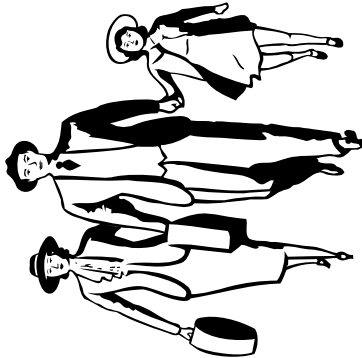


Vaccinazioni eseguite

	I dose	II dose	III dose
DT	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	
DTP	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	
polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	
antiepatite B	___/___/___	___/___/___	___/___/___
MPR	___/___/___	___/___/___	
morbillo	___/___/___	___/___/___	
parotite	___/___/___		
rosolia	___/___/___		
haemophilus b	___/___/___	___/___/___	___/___/___
altre (specificare)	___/___/___	___/___/___	___/___/___

La compilazione della parte sovrastante può essere sostituita da fotocopia del libretto di vaccinazione



Le informazioni contenute nella presente scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dalla Legge 675/96 sulla tutela della privacy

Allegato A
Alla Circolare
Ministero Sanità
n° ... del ___/___/___

SCHEDA SANITARIA
PER MINORI
OSPITI
DI SOGGIORNI
DI VACANZA

Medico compilatore

Qualifica:

- ☐ Medico di medicina generale
- ☐ Pediatra di libera scelta
- ☐ Medico USL di residenza

Codice sanitario reg. _____

DATA DI COMPILAZIONE ___/___/___

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE