

Data _____

Si certifica di aver praticato al/alla paziente

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

le seguenti vaccinazioni:

descrizione vaccino _____

tipo di vaccino _____

dose _____

serie/lotto _____

preparazione _____ scadenza _____

In fede

(Timbro e Firma)