

REGISTRO VACCINAZIONI – Strutture sanitarie

Azienda Sanitaria _____

Data ___/___/___

Lotto vaccino N° _____ (FOCETRIA)

N°	Cognome e nome	Sesso	Età	Data Nascita	Comune Residenza	Qualifica *	Cosomministrazione #	Dose **
1						A B C D E F		
2						A B C D E F		
3						A B C D E F		
4						A B C D E F		
5						A B C D E F		
6						A B C D E F		
7						A B C D E F		
8						A B C D E F		
9						A B C D E F		
10						A B C D E F		

* **Barrare la lettera corrispondente: A= Medico; B= Infermiere; C= Ausiliario; D= Dirigenti sanitari non medici; E= Personale amm.vo professionale e tecnico; F= Personale a contratto.**

** **Indicare 1 (prima dose) 2 (seconda dose)**

Nome commerciale del vaccino e lotto

Il Medico Vaccinatore

Il Responsabile