

**Certificato di vaccinazione**

Si certifica che:

Alla/Al Signora/re: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata/to a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

è stato somministrato il vaccino anti-CoViD-19 come di seguito riportato:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| n. Dose | Sito di iniezione braccio | Numero LOTTO | Data di scadenza | Luogo di somministrazione | Data e ora di somministrazione | Firma del sanitario |
| 1° | destro | sinistro |   |   |   |   |   |
| 2° | destro | sinistro |   |   |   |   |   |

**Asl Roma 5** t +39.0774.317711

Via Acquaregna 1/15 www.aslroma5.it

00019 Tivoli p.iva 04733471009