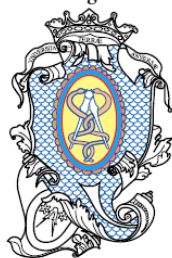


Comune di
ANVERSA degli ABRUZZI



REGIONE ABRUZZO – ASL 1 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA VACCINAZIONE COVID-19

Cognome e nome _____ M F

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Tessera sanitaria n. _____ Data di scadenza _____

Comune di residenza _____

Indirizzo _____

Numero telefonico _____

Indirizzo e-mail _____

Nome del medico di Medicina Generale _____

Ultraottantenne

Disabile

Il/la sottoscritt_ manifesta la volontà di prenotare la vaccinazione contro il Covid-19

1^a dose

2^a dose

dose di richiamo

Firma: _____

Data e luogo: _____