

## CAMPAGNA VACCINALE 2021/2022

Io sottoscritto Dr..... Matricola Regionale n.....

secondo quanto previsto dall'AIR di cui alla DGR n. 802 /2018

### **CHIEDO**

- A) la fornitura di n° \_\_\_\_\_ dosi di vaccino **PCV13 - PREVENAR 13** per i nuovi pazienti
- B) la fornitura di n° \_\_\_\_\_ dosi di vaccino **PPV23 - PNEUMOVAX 23** per i pazienti già vaccinati lo scorso anno con **Prevenar 13**
- C) la fornitura di n° \_\_\_\_\_ dosi di vaccino **ZOSTER**

**I suddetti vaccini saranno consegnati insieme ai vaccini per l'influenza nell'ambito della campagna vaccinale antinfluenzale.**

Data

Timbro e firma del Medico

**N.B. Il presente modulo deve essere riconsegnato via e-mail a :**

**[Vaccini.mmgpls@asl3.liguria.it](mailto:Vaccini.mmgpls@asl3.liguria.it)**

**ENTRO IL 05 LUGLIO 2021**