

E**Vaccinazione Anti-Covid 19
Somministrazione Vaccino**

Applica qui l'etichetta adesiva

VACCINANDO	Nome e Cognome			
DOSE	Prima dose <input type="checkbox"/>	Seconda dose <input type="checkbox"/>	Terza dose <input type="checkbox"/>	Dose unica <input type="checkbox"/>
SITO DI INOCULAZIONE	<input type="checkbox"/> 01 - Deltoide sinistro <input type="checkbox"/> 02 - Deltoide destro <input type="checkbox"/> 03 - Quadricipite della coscia sinistra <input type="checkbox"/> 04 - Quadricipite della coscia destra <input type="checkbox"/> 05 - Gluteo sinistro <input type="checkbox"/> 06 - Gluteo destro <input type="checkbox"/> 07 - Altro			
LOTTO N°				
DATA SCADENZA LOTTO				
DATA E ORA DI SOMMINISTRAZIONE				
SANITARIO	Nome e Cognome (*) Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.		Firma	
OPERATORE SANITARIO A SUPPORTO	Nome e Cognome		Firma	