



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO  
C.F. e P. I.: 05841760829 - [www.asppalermo.org](http://www.asppalermo.org)

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
DIREZIONE C.D.C. AC PRE DA 01  
VIA ENZO ED ELVIRA SELLERIO N. 45 - 90141 - PALERMO TEL. 091 7032388 – FAX 091 7035049  
e-mail: [dipprevenzione@asppalermo.org](mailto:dipprevenzione@asppalermo.org)

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

UNITA' OPERATIVA TERRITORIALE DI PREVENZIONE .....

CENTRO DI VACCINAZIONE .....

Si attesta che

----- ( Nome e cognome dell'alunno )

nato a ----- Il ----- e residente in -----

Via/Piazza ----- n°-----

è stato prenotato presso il centro in intestazione in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

per l'esecuzione delle seguenti vaccinazioni obbligatorie:

- anti-poliomielitica
- anti-difterica
- anti-tetanica
- anti-epatite B
- anti-pertosse
- anti-haemophylus influenzae tipo B
- anti-morbillo
- anti-rosolia
- anti-parotite
- anti-varicella ( solo per i nati a partire dal 2017 )

----- ( Data )

IL DIRIGENTE MEDICO/L'OPERATORE  
( timbro e firma )