



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.: 05841760829 - 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

Prot. n. _____ del _____

UNITA' OPERATIVA TERRITORIALE DI PREVENZIONE

CENTRO DI VACCINAZIONE

Si certifica che, sulla base degli atti presenti presso il Centro di Vaccinazione,

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

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

Via/Piazza ----- n°-----

risulta in regola con le vaccinazioni obbligatorie necessarie per l'iscrizione

- a) ai servizi educativi e le scuole dell'infanzia
- b) le istituzioni del sistema nazionale di istruzione e i centri di formazione professionale regionale

----- (Data)

IL DIRIGENTE MEDICO
(timbro e firma)