

MODULO SOMMINISTRAZIONE TERZA DOSE

Il/la Signor/a _____

C.F. _____

Residente a _____ Tel _____

Ha eseguito la Terza Dose del vaccino anti Covid-19

Il _____

Tipo di vaccino _____

N°LOTTO _____

Firma paziente

Firma del medico

San Teodoro, Lì
