Io sottoscritto dottor …………………………….. cognome ……………………………………

Medico vaccinatore presso: ……………………………………………………………………

DICHIARO

di assumermi ogni responsabilità sulle possibili conseguenze o reazione avverse a seguito

dell’inoculazione del vaccino effettuata a: Nome ……………………….Cognome …………….

il giorno …………………………..

FIRMA del medico vaccinatore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_