

**carta intestata
del medico**

CERTIFICATO DI VACCINAZIONE ESEGUITA

Località e data

Si certifica che il Sig./la Sig.a
Cognome e Nome

Nato/a _____ il _____
 Residente a _____

è stato regolarmente vaccinato contro

Si riportano le date delle inoculazioni vacciniche:

- 1) - data - eseguita da (inserire dati)
- 2) - data - eseguita da (inserire dati)
- 3) - data - eseguita da (inserire dati)

Richiami: inserimento dati

In fede

FIRMA DEL MEDICO
(timbro e firma del medico)