



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

*Spett.le U.O.C.
Igiene e Sanità Pubblica
POTENZA*

Il sottoscritto _____

Genitore di _____

Nato/a _____ *il* _____

CHIEDE

Che venga rilasciato attestato relativo all'adempimento dell'obbligo vaccinale dei minori.

(all. 2 Circolare del Ministero della Salute 14.08.2017, decreto-legge n.73 del 7 giugno 2017, convertito in con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n.119)

Si allega copia del documento di identità

Firma
