

Comune di  
ANVERSA degli ABRUZZI



REGIONE ABRUZZO – ASL 1 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA

## MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA VACCINAZIONE COVID-19

Cognome e nome \_\_\_\_\_ M  F

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria n. \_\_\_\_\_ Data di scadenza \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Numero telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Nome del medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Ultraottantenne

Disabile

Il/la sottoscritt\_ manifesta la volontà di prenotare la vaccinazione contro il Covid-19

1<sup>a</sup> dose

2<sup>a</sup> dose

dose di richiamo

Firma: \_\_\_\_\_

Data e luogo: \_\_\_\_\_