



Io sottoscritto:

| | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| Nome e Cognome: | |
| Data di nascita: | Luogo di nascita: |
| Residenza: | Telefono: |

ho letto e ho del tutto compreso la Nota Informativa in merito alla vaccinazione anti-COVID-19 e, preso atto di quanto in essa riportato, **acconsento alla somministrazione** del vaccino

”.

Data e Luogo

Firma della Persona che acconsente all'effettuazione del vaccino (firma leggibile)
