Richiesta di vaccinazione Antimeningococco

(N.B. compilare una scheda per ogni persona per cui si richiede la vaccinazione)

Il sottoscritto Sig./ra _____, nato/a il ___/___/_____

Residente a _____ Via _____

Tel. _____ Cel _____ email _____ @ _____

Chiede *(barrare una solo delle due condizioni*)

- ☐ **per se**
- ☐ **per il/la figlio/a minore _____ nato/a il ___/___/____**

C*ognome e Nome*

la/le seguente/i vaccinazione/i (barrare la/le vaccinazioni che si intendono eseguire)

- ☐ **Vaccinazione contro i Meningococchi A C W Y (serve una sola dose)**
- ☐ **Vaccinazione contro il Meningococco B (servono 2 dosi a distanza tra loro di 1 – 2 mesi)**

N.B. In caso di richiesta di entrambi i vaccini la loro somministrazione verrà effettuata unicamente nella stessa seduta

Sono a conoscenza dei seguenti costi, così come stabiliti dal tariffario regionale per le vaccinazioni (DGR 2714/2014)

Meningite da meningococco B	€ 50.00 a dose	Per i bambini nati prima del 2015 e fino a 18 anni - tariffa agevolata
Meningite da meningococco B **adulti**	€ 83.33 a dose	A partire dai 18 anni – maggiore età
Meningite da meningococco sierogruppi ACWY	€ 45.20 o 41.05 a dose	Il diverso costo è in relazione alla diversa specialità vaccinale disponibile ed all'età della persona. **Questo vaccino è gratuito per:** • **i minorenni che non hanno eseguito in precedenza uno dei vaccini contenenti la protezione contro il sierogruppo C;** • **per tutti gli adolescenti che quest'anno vengono convocati per le vaccinazioni del 14° anno di età anche se hanno già ricevuto uno dei vaccini contenenti la protezione contro il sierogruppo C;**

Data ___/___/_____

Firma

_____