

**E**

Vaccinazione Anti-Covid 19  
Somministrazione Vaccino

Applica qui l'etichetta adesiva

<b>VACCINANDO</b>	Nome e Cognome	
<b>DOSE</b>	Prima dose <input type="checkbox"/>	Seconda dose <input type="checkbox"/>
<b>SITO DI INOCULAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> 01 - Deltoide sinistro <input type="checkbox"/> 02 - Deltoide destro <input type="checkbox"/> 03 - Quadricipite della coscia sinistra <input type="checkbox"/> 04 - Quadricipite della coscia destra <input type="checkbox"/> 05 - Gluteo sinistro <input type="checkbox"/> 06 - Gluteo destro <input type="checkbox"/> 07 - Altro	
<b>LOTTO N°</b>		
<b>DATA SCADENZA LOTTO</b>		
<b>DATA E ORA DI SOMMINISTRAZIONE</b>		
<b>SANITARIO</b>	Nome e Cognome  (*) Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.	Firma
<b>OPERATORE SANITARIO A SUPPORTO</b>	Nome e Cognome	Firma