Al Direttore del DSS n. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ medico di medicina generale codice reg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la presente richiede ulteriori dosi n. \_\_\_\_\_\_\_\_ di vaccino antinfluenzale:

Vaxigrip n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

FLUAD n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

In mancanza delle quali è impossibile continuare la campagna di vaccinazione.

Distinti saluti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma