



## Ricevuta Vaccinazione anti influenzale

---

**Nome:** MARIO  
**Cognome:** ROSSI  
**Codice Fiscale:** RSSMRA62A01H501S  
**Data di Nascita:** 22/04/1960

### Prima dose

**Farmaco:** FLUCELVAX TETRA  
047475037

**Lotto:** EW2017

**Data Scadenza:** 01/09/2023

**Responsabile  
vaccinazione:** ELISABETTA  
DI GENNARO

**Data  
Somministrazione:** 12/01/2023

**Ora  
Somministrazione:** 09:00

**Centro Vaccino:** MMG ASL NAPOLI 1 CENTRO

**Data Richiamo:** -

**Ora Richiamo:** -