



CERTIFICATO DI VACCINAZIONE

Si attesta che
DI PROVA PAZIENTE UNO, nata a **GENOVA** il
01/01/2001 residente in **VIA DELLE PROVE 1/11A -**
16121 - GENOVA (GE) ha effettuato le seguenti
vaccinazioni:

| ANTI INFLUENZALE | Data | Dose | Prodotto | Codice Lotto | Data Scad. |
|------------------|------------|------|----------|--------------|------------|
| | 24/04/2023 | 1 | FLUAD | 8855XYZ-001 | 30/12/2025 |

NON HA EFFETTUATO LE VACCINAZIONI PREVISTE PER GLI ADEMPIMENTI DI LEGGE

Data, 11/10/2017

AZIENDA USL DI PIACENZA
OPERATORE SANITARIO

null