



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
**IGIENE PUBBLICA**  
**VIA TRIESTE, 8**  
**26042 CASALMAGGIORE (CR)**

N° \_\_\_\_\_

**MACCA CORRADO**

Cognome Nome

Paternità

Maternità

**CREMA**

**24/01/2023**

Luogo Nascita

Data Nascita

**- 26013 CREMA CR**

**- 26013 CREMA CR**

Residenza

Domicilio

Immigrato da

Emigrato a

Som -min.	Data	Vaccino			Medico vaccinatore/Assistente sanitario
		Tipo	Serie	Int.Prod.	

**Vaccino INFLUENZA CON ALTRE MANIFESTAZIONI**

1	24/01/2023	TRIV-INATT	FLUAD	FLUAD	PROVA PALAZZO
---	------------	------------	-------	-------	---------------