

**SCHEDA INFORMATIVA PER COLORO CHE ABBIANO GIA' SUBITO UN DANNO PERMANENTE ASCRIVIBILE A VACCINO ALLA DATA DI ENTRATA IN VIGORE DELLA LEGGE 25/2/1992, N. 210**

Io sottoscritto Prof. /Dr. ....  
nato a ..... prov. (.....) il ....., nella mia qualità di

- libero professionista

- Responsabile del Centro vaccinale della AUSL ..... di .....

certifica che il Sig. ....

nato a ..... prov. (.....) il ..... è stato vaccinato il  
giorno ..... con la .....dose di vaccino .....

Certifico altresì che la vaccinazione

- è stata da me personalmente effettuata

- è stata effettuata dal Dr. .... che riveste la  
qualifica di ..... presso il Centro vaccinale da me diretto;  
il paziente, dal giorno ..... accusa la seguente sintomatologia .....

.....  
.....

E' stata pertanto posta la diagnosi di "sospetta reazione avversa a vaccino consistente in .....

.....  
....."

è stata prescritta la seguente terapia .....

e sono stati adottati i seguenti provvedimenti .....

.....  
.....  
..... li, .....  
(data)

.....  
(firma e timbro)

Segnare la voce che interessa