

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 ladose 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