

## Vaccinazione anti-influenzale – CAMPAGNA 2023-2024

### RICHIESTA RITIRO DOSI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

ASL NAPOLI 1 CENTRO Distretto Sanitario \_\_\_\_\_

Coordinatore AFT \_\_\_\_\_

PLS

**Data concordata di ritiro:**

---

Vaccino	N. Dosi
QIV	
LAIV	
aQIV	
hdQIV	

**Legenda:**

**QIV:** Quadrivalente

**aQIV:** Quadrivalente adiuvato con MF59

**hdQIV:** Quadrivalente ad alto dosaggio

**LAIV:** Quadrivalente spray ad uso pediatrico

DATA richiesta \_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE e TIMBRO