VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE CAMPAGNA 2018-2019

SCHEDA REGISTRO della DISTRIBUZIONE DELLA VITAMINA D

(da completare da parte del MMG e consegnare alla UF distrettuale entro il 31gennaio 2019)

Medico: …… C. F. Medico: ……..

N.	Data somm.	Cognome e nome assistito	C.F. assistito

Data …….. **Firma del Medico ……**