



MODULO DELEGA RITIRO VACCINI PER MMG/PLS

Il/la Sottoscritt.....

Codice fiscale .

DELEGA

Il/la Sig..... munito di

documento d'identità N°

a ritirare per mio conto le dosi di vaccino previste dalla programmazione dell'Azienda UsI Toscana Nord Ovest

Data

Firma del delegante

Data

Firma del delegato