

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Nato/a a _____ Provincia _____ il ___/___/_____

Genitore/tutore di(Cognome e Nome) _____

Nato a _____ Provincia _____ il ___/___/_____

Chiede

un appuntamento presso il vostro centro vaccinale per effettuare/verificare le vaccinazioni mancanti

ai fini dell'iscrizione a nido/scuola materna/scuola dell'obbligo.