

**E**

**Vaccinazione Anti-Covid 19  
Somministrazione Vaccino**

Applica qui l'etichetta adesiva

<b>VACCINANDO</b>	Nome e Cognome															
<b>DOSE</b>	Prima dose <input type="checkbox"/>	Seconda dose <input type="checkbox"/>														
<b>SITO DI INOCULAZIONE</b>	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>01 - Deltoide sinistro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>02 - Deltoide destro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>03 - Quadricipite della coscia sinistra</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>04 - Quadricipite della coscia destra</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>05 - Gluteo sinistro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>06 - Gluteo destro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>07 - Altro</td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	01 - Deltoide sinistro	<input type="checkbox"/>	02 - Deltoide destro	<input type="checkbox"/>	03 - Quadricipite della coscia sinistra	<input type="checkbox"/>	04 - Quadricipite della coscia destra	<input type="checkbox"/>	05 - Gluteo sinistro	<input type="checkbox"/>	06 - Gluteo destro	<input type="checkbox"/>	07 - Altro
<input type="checkbox"/>	01 - Deltoide sinistro															
<input type="checkbox"/>	02 - Deltoide destro															
<input type="checkbox"/>	03 - Quadricipite della coscia sinistra															
<input type="checkbox"/>	04 - Quadricipite della coscia destra															
<input type="checkbox"/>	05 - Gluteo sinistro															
<input type="checkbox"/>	06 - Gluteo destro															
<input type="checkbox"/>	07 - Altro															
<b>LOTTO N°</b>																
<b>DATA SCADENZA LOTTO</b>																
<b>DATA E ORA DI SOMMINISTRAZIONE</b>																
<b>SANITARIO</b>	Nome e Cognome  <small>(*) Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.</small>	Firma														
<b>OPERATORE SANITARIO A SUPPORTO</b>	Nome e Cognome	Firma														