All. 2

Collaboratori Professionali Esterni

Modulo da compilare a cura dell'Amministrazione di apparenza del collaboratore professionale, non assistito dal Fondo di Assistenza Sanitaria, per autorizzare la somministrazione del vaccino antinfluenzale con oneri a carico dell'Amministrazione

Città del Vaticano, ……./……/……..

Alla Direzione di Sanità e Igiene
Governatorato
CITTA' DEL VATICANO

Si autorizza la Direzione di Sanità e igiene ad effettuare la vaccinazione antinfluenzale per il collaboratore professionale

Sig./Sig.ra……..……

(si prega di scrivere in stampatello)

Con addebito di euro:

……vaccino Influvac S

…….vaccino Fluad

Il Responsabile amministrativo

……