

ALL.1

CAMPAGNA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2018/2019

Il sottoscritto dott. _____ medico di medicina generale operante nel distretto ____ comunica:

Popolazione eleggibile	
Soggetti <65 anni a rischio	Soggetti >65 anni

come da nota prot.n. 0377462 del 12/06/2018 della regione Campania:

Richiesta vaccini		
Soggetti <65 anni a rischio	Soggetti di età pari o superiore ai 65 anni e fino a 74 anni affetti da: <ul style="list-style-type: none"> ● diabete (013) ● BPCO(057) ● insufficienza renale cronica (023) ● neoplasie maligne (048) ● malattie cardiovascolari comprese cardiopatie congenite o acquisite, affezioni sistema circolatorio-cardiopulmonari-cerebrovascolari (002) 	Soggetti di età pari o superiore a 75 anni

Data

Firma
