

Oggetto: richiesta vaccinazione antitetanica/antiepatite B.

Il/la sottoscritto/a:

Dr. Medico Competente della Ditta
.....

Sig.in qualità di Datore di Lavoro della
Ditta.....,

sentito il medico competente aziendale,

richiede la vaccinazione ciclo completo/richiamo

ANTITETANICA

ANTIEPATITE B

per i seguenti lavoratori:

Cognome e Nome	Mansione
1.
2.
3.
4.
5.

Contatto telefonico.....

Data.....

Timbro e firma