

Il sottoscritto _____ nato a _____
il ____/____/____ codice fiscale _____,
residente a _____ in via _____,
n. _____,

al dott. _____, matr. _____,
dipendente della ASL di _____

per qualsivoglia conseguenza possa derivare alla propria salute a causa della somministrazione dei vaccini previsti per legge ai sensi della legge ordinaria dello Stato 31 luglio 2017, n. 119.

Luogo e data _____

Firma _____