

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2024/2025 CATEGORIE CITTADINI VACCINABILI IN FARMACIA

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

codice fiscale _____

ATTESTA

di appartenente alla categoria di seguito selezionata (BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE):

BARRARE	DESCRIZIONE CATEGORIA	Vaccinazione gratuita	Codice categoria
	1a) Persona di età uguale o superiore a 60 anni CON UNA O PIU' patologie croniche	SI	1
	1b) Persona di età uguale o superiore a 60 anni SENZA patologie croniche	SI	1
	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni con patologie croniche NON ricomprese nell'Allegato A all'anamnesi	SI	2
	Donna nel periodo post-partum	SI	4
	Medico o personale sanitario di assistenza nelle strutture sanitarie o socio-sanitario e socio-assistenziale o farmacista	SI	6
	Familiare e contatto di soggetto ad alto rischio di complicanze, indipendentemente dal fatto che il soggetto sia stato o meno vaccinato	SI	7
	8a) Forze dell'Ordine e Protezione Civile, compresi Vigili del Fuoco, Carabinieri, Militari e la Polizia Municipale	SI	8
	8b) Donatore sangue	SI	8
	8c) Personale di asilo nido, di scuola dell'infanzia e dell'obbligo	SI	8
	8d) Personale dei trasporti pubblici, delle poste e delle comunicazioni, volontario dei servizi sanitari di emergenza e dipendente della pubblica amministrazione che svolge servizi essenziali	SI	8
	Persona che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani (addetti all'allevamento, veterinari pubblici e privati, trasportatori di animali, macellatori)	SI	9
	Persona \geq 18 anni NON appartenente alle precedenti categorie	NO	10

Data, _____

In fede, _____