

---

**Da allegare al Consenso Informato Vaccinazioni - Autocertificazione Vaccino portato dal paziente.**

Il sottoscritto, nome e cognome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**dichiara di**

aver provveduto in autonomia al recupero e conservazione del Vaccino<sup>1</sup>:

\_\_\_\_\_

che mi è stato somministrato presso la sede del Santagostino \_\_\_\_\_  
dal personale sanitario preposto.

In fede, Milano \_\_\_\_\_

Firma del sottoscritto

\_\_\_\_\_

1

**NON VERRANNO EROGATI VACCINI NON AUTORIZZATI DALL'AIFA (AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO)**