

CONSENSO INFORMATO Anti-HPV e Anti-MEN (a,b,c,y,w135)

Il sottoscritto.....nato a..... il.....

GENITORE DI

Cognome **Nome** nato a.....

il.....Residente.....Cell.....

☐ **AUTORIZZO**

☐ **NON AUTORIZZO**

La somministrazione del vaccino Anti-HPV ☐ **Anti-Meningo B** ☐ **Anti-Menigo a,c,y,w** ☐

N.B. Far pervenire questo stampato compilato al Servizio Vaccinazioni anche in caso di dissenso

Data.....

Firma del genitore

.....