**RICHIESTA APPUNTAMENTO AASST**

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore/tutore di(Cognome e Nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiede

un appuntamento presso il vostro centro vaccinale per effettuare/verificare le vaccinazioni mancanti

ai fini dell’iscrizione a nido/scuola materna/scuola dell’obbligo.