FAC SIMILE

(carta intestata)

All’attenzione del Comitato scientifico e di coordinamento del

Programma Nazionale Ospivax

Sede

Richiesta di adesione al Programma Nazionale

 “OSPIVAX”

Vaccinarsi anche in Ospedale

L’ Azienda denominata:

…………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………….............................................................................................................

Con sede in (città) ………………………………………………………………………………………………….

(Via/P.zza) ……………………………………………………………………………………………………………..

(n.) ….………

richiede per l’Ospedale ……………………………………………………………………………l’adesione al Programma Nazionale Ospivax e al riconoscimento di Bollini Ospivax, per il biennio 2024/2025.

Invia a tal fine i dati e la documentazione richiesta dal Regolamento n.1/ 2024

Il Legale rappresentante della Azienda Ospedaliera/ Direttore Generale /o Direttore Sanitario.

Data……………………………………………

Firma……………………………………………