

rev 0.0 2024

Da inviare via mail a **Igienepubblica.enna@asp.enna.it**

Il sottoscritto dott. _____

Iscrizione ordine medici n° _____

- Pediatra di libera scelta
- Medico ospedaliero, ospedale di _____
 - Neonatologia
 - Pediatria
 - Ginecologia
 - Altro _____

Recapito telefonico _____

Richiede

n° ____ dosi di anticorpo monoclonale Nirsevimab per la campagna di immunizzazione dell'anno _____.

Si richiede la consegna

- presso il reparto
- presso lo studio medico situato in

via/piazza _____, numero civico _____

comune di _____, CAP _____

Data _____

Timbro e firma _____