

**Servizio Vaccinazioni di....., tel.0775-882..... (Orario:.....)**

Prot. n..... del.....

Ai Sigg.....

genitori di.....

Via.....



Gentili genitori,

nel felicitarci con Voi per il lieto evento, Vi invitiamo ad accompagnare il/la/i piccol... ..  
nat..... a ..... il..... presso il nostro Servizio  
Vaccinazioni, in via.....il giorno..... dalle ore.....alle ore.....  
o, comunque, **a partire dal 61° giorno di vita**, per le seguenti **vaccinazioni**:

- 1^ ANTIPOLIO/TETANO/DIFTERITE/PERTOSSE/EPATITE B/HAEMOPHILUS (ESAVALENTE)
- 1^ ANTIPNEUMOCOCCO 13valente coniugato
- 1^ ANTIROTAVIRUS

Per assicurare la migliore protezione possibile contro la pertosse è importante non tardare la 1^ vaccinazione appena compiuto il 61° giorno di vita e, per lo stesso motivo, la vaccinazione contro Difterite-Tetano-Pertosse sarà offerta gratuitamente anche a Voi genitori per proteggere il/la vostro/a piccolo/a nei primi mesi di vita.

**Vi ricordiamo di portare con Voi il presente invito con il cartellino di dimissione ospedaliera e che non è necessario il digiuno.**

Vi informiamo, inoltre, che, secondo il nuovo Calendario Vaccinale previsto dal PNPV 2023-2025, il/la vostro/a piccolo/a, nel corso dei primi due anni di vita, nelle date che di volta in volta verranno indicate, effettuerà le seguenti vaccinazioni

- ANTIMENINGOCOCCO B (1^ dose dopo 15 gg. dall'Esavalente, gratuito dai nati 2017)
- ANTIMORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA-VARICELLA (1^ dose, 13°-15° mese, gratuito dai nati 2016)
- ANTIMENINGOCOCCO A,C,Y,W135 (tetraivalente) (1^ dose, 13°-15° mese, gratuito dai nati 2016)

Nell'intento di farVi giungere una corretta informazione sulle vaccinazioni per l'infanzia, Vi inviamo, allegato al presente invito, un pieghevole elaborato dal Ministero della Salute e rielaborato dalla nostra Unità Operativa.

Potrete comunque avere informazioni dal Vs. Pediatra di Fiducia e/o presso il nostro Servizio, anche nei giorni precedenti la data di vaccinazione.

Cordiali saluti.

IL REFERENTE  
SERVIZIO VACCINALE DISTRETTO “\_\_”

Sede di \_\_\_\_\_ dr. \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE  
U.O.C. COORDINAMENTO ATTIVITA' VACCINALI  
F.to dr.ssa Maria Gabriella Calenda

**ASL Frosinone**  
Via Armando Fabi snc  
03100 Frosinone

Tel. 0775.8821  
www.asl.fr.it  
p.iva 01886690609

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**  
**U. O. C. COORDINAMENTO ATTIVITA' VACCINALI**  
Responsabile Dr.ssa Maria Gabriella Calenda  
SEDE CENTRALE FROSINONE – Via A. Fabi snc  
Telefono 0775 8822126 – 0775 8822127 – Fax 0775 8822128  
Email: [vaccinazioni.frosinone@aslfrosinone.it](mailto:vaccinazioni.frosinone@aslfrosinone.it)  
[mariagabriella.calenda@aslfrosinone.it](mailto:mariagabriella.calenda@aslfrosinone.it)