

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

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



Ai Sigg.....

.....
genitori di.....

Via.....
.....

Gentili genitori,

Vi comunichiamo che il nuovo calendario previsto dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025, prevede per i ragazzi di 11 anni compiuti, l'offerta attiva e gratuita delle seguenti vaccinazioni:

- ANTIPAPILLOMAVIRUS (gratuito anche per i soggetti di sesso maschile a partire dai nati 2006)
- ANTIPOLIOIPV/TETANO/DIFTERITE/PERTOSSE (V[^] dose richiamo)
- ANTIMENINGOCOCCO A,C,Y,W135 (tetravalente)
- ANTIMENINGOCOCCO B (gratuito dai nati 2007 a partire dal 29.07.2019, se non già effettuato)
- ANTIVARICELLA (per coloro che non l'abbiano già effettuata e/o non abbiano già contratto la malattia)

Vi invitiamo, pertanto, ad accompagnare il/la Vostro/a.....
nat..... a il..... presso il nostro Servizio
Vaccinazioni di....., sito in via.....,
il giorno....., dalle ore..... alle ore.....

Vi ricordiamo di portare con Voi il cartellino di vaccinazioni del/della ragazzo/a.

Gli altri vaccini per i quali non è prevista l'offerta attiva e gratuita sono disponibili su prescrizione del Pediatra/Medico di fiducia e pagamento di ticket, previa vidimazione del centro vaccinale.

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

Vi ricordiamo, inoltre, di verificare anche la Vostra situazione vaccinale e Vi informiamo che, nell'occasione, la vaccinazione contro Difterite-Tetano-Pertosse sarà offerta gratuitamente anche a Voi genitori.

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