

**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 validazione 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

**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 – 0775 8822128  
 Email: [vaccinazioni.frosinone@aslfrosinone.it](mailto:vaccinazioni.frosinone@aslfrosinone.it)  
[mariagabriella.calenda@aslfrosinone.it](mailto:mariagabriella.calenda@aslfrosinone.it)