

Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. Coordinamento delle Attività Vaccinali
Direttore: Dott. Giovanni Colaiocco
Via Monza, 2 - 00182 Roma
Segreteria: tel. 06/5100.7606
e-mail: centri.vaccinali@aslroma2.it

MODULO PAGAMENTO VACCINAZIONI

Nome e Cognome del vaccinando _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

C.F. _____

Residente in (Via + CAP + Comune) _____

Tel. _____ e-mail: _____

| | |
|---------------------------------------------|----------|
| ANTIEPATITE B (Adulti) | € 19,77 |
| ANTIEPATITE A+B (Adulti) | € 38,48 |
| ANTIEPATITE A (Bambini) | € 22,89 |
| ANTIEPATITE A (Adulti) | € 23,56 |
| ANTIPNEUMOCOCCO 15 | € 51,85 |
| ANTIPNEUMOCOCCO 20 | € 53,50 |
| ANTIPNEUMOCOCCO 23 | € 27,46 |
| HERPES ZOSTER (ZOSTAVAX) | € 102,40 |
| MENINGOCOCCO B (BEXSERO) | € 79,53 |
| MENINGOCOCCO B (TRUMENBA) dai 10 anni in su | € 56,36 |
| MENINGOCOCCO A,C,Y,W135 | € 26,01 |
| ANTIPAPILLOMA 9 (non aventi diritto) | € 75,50 |

N.B: L'importo dovuto per le attività sopra descritte è stabilito dalla Regione Lazio.
Il pagamento può essere effettuato utilizzando il presente modello presso gli **Sportelli CUP**.
Il pagamento può essere effettuato utilizzando il presente modello presso della ASL Roma 2