

MODULO PAGAMENTO
-VACCINAZIONI -

Sigla: **M-IP-10**

Versione: **1**

Revisione: **0**

Pagina 1 di 1

U.O.C. Igiene Sanità Pubblica

Dipartimento di Prevenzione
U.O.S. Vaccinazioni e Medicina Preventiva
Responsabile: Dott. Giovanni Colaiocco
Via Monza, 2 – 00182 Roma

Nome e Cognome del Vaccinando _____

nato/a a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale _____

Residente in (Via+Cap+Comune) _____

Tel _____ e-mail: _____

VA 9.1	ANTIEPATITE B (Adulti)	20,85 €
VACC 3	ANTIEPATITE A+B (adulti)	38,45 €
VA 17.17	ANTIEPATITE A (bambini)	26,68 €
VA 17.33	ANTIEPATITE A (adulti)	32,60 €
VA 28.11	ANTIPNEUMOCOCCO 13	55,70 €
VACC 10	ANTIPNEUMOCOCCO 23	23,46 €
VA 31.1	HERPES ZOSTER	102,40 €
VA 27.24	MENINGOCOCCO B	79,55 €
VA 27.38	MENINGOCOCCO B (dai 10 anni in su)	65,16 €
VA 27.13	MENINGOCOCCO A,C,Y,W135	36,75 €
VACC 34	VARICELLA (non aventi diritto)	39,25 €
VA 10.4	VARICELLA (non aventi diritto in associazione MPR)	38,50 €
VA 41.10	ANTIPAPILLOMA 9 (non aventi diritto)	75,50 €
VA 41.9	ANTIPAPILLOMA 9 (aventi diritto Gardasil 4 fino ai 18 anni e 364 gg.)	32,00 €

N.B: L'importo dovuto per le attività sopra descritte è stabilito nel rispetto della Delibera Giunta Regionale del 29.02.2008 n.133 – punto 10.2. Il pagamento può essere effettuato utilizzando il presente modello sia presso gli **sportelli CUP**, sia servendosi delle Postazioni Automatiche (**TOTEM**) della ASL Roma 2.



IP10