



ASL  
ROMA 2



REGIONE  
LAZIO

PARTECIPAZIONE DI SPESA ALLE VACCINAZIONI 2015- 2016

Vista la richiesta di / del genitore di

Cognome ..... Nome .....

Nato/a il ..... A .....

di voler vaccinare il proprio figlio/a, si invia al C.U.P. per gli atti amministrativi.

|         |                          |  |   |       |
|---------|--------------------------|--|---|-------|
| VA27.25 | <input type="checkbox"/> | Meningococco con.to tipo B   | € | 79,54 |
| VA27.1  | <input type="checkbox"/> | Meningococco con.to tipo C   | € | 14,99 |
| VA27.18 | <input type="checkbox"/> | Meningococco con.to tipo A,C,Y,W135<br>(da 1 a 19 anni se non già vaccinato con "C") | € | 29,60 |
| VA27.13 | <input type="checkbox"/> | Meningococco con.to tipo A,C,Y,W135  | € | 44,59 |
| 9417    | <input type="checkbox"/> | Varicella<br>(per i non aventi diritto)  | € | 40,30 |
| VA10.4  | <input type="checkbox"/> | Varicella<br>(per i non aventi diritto in associazione a MPR)                        | € | 39,28 |
| VA35.2  | <input type="checkbox"/> | Rotavirus  | € | 40,58 |

Roma, .....

L'Operatore Sanitario  
**ASL ROMA 2**  
 U.O.C. Tutela Salute Donna ed  
 Età Evolutiva  
 ex ASL RM B  
 Direttore  
 Dott.ssa P. AUDIEMMA