



Il sottoscritto .....

matricola n° .....

reparto .....

Appartenente alla tipologia sottostante:

- Personale Universitario convenzionato con il SSN
- Personale Universitario NON convenzionato con il SSN ma operante presso il Policlinico
- Specializzando Scuola di Specializzazione in .....
- Dottorando di ricerca in .....
- Borsista (Facoltà di Medicina e Chirurgia)
- Assegnista di ricerca (Facoltà di Medicina e Chirurgia)

Dichiaro di **NON** accettare l'offerta della vaccinazione per:

- influenza stagionale
- influenza pandemica A/H1N1

Data .....

Firma

**IN CASO DI RIFIUTO DELL'OFFERTA VACCINALE SI PREGA DI RESTITUIRE IL PRESENTE MODULO  
COMPILATO E FIRMATO AL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA O AL CAPOSALA DEL  
REPARTO DI RIFERIMENTO**