

Spett.le ASL Rieti
Servizio PSAL
Viale Maraini,5
02100 Rieti

Il sottoscritto _____

in qualità di _____

della Ditta _____

chiede l'effettuazione della vaccinazione antitetanica per i sottoelencati
dipendenti, come da richiesta allegata del Medico Competente:

Data

Timbro e firma del Datore di Lavoro