Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad

MODELO 1- REGISTRO NOMINAL DE VACUNADOS

CAMPAÑA DE VACUNACIÓN GRIPE 2019-2020

NOMBRE DEL CENTRO: _____

DIRECCIÓN: _____

RESPONSABLE: _____

								INDICACIÓN ESPECÍFICA (especificar) en < 60 años	
Fecha VACUNACIÓN	Apellido 1	Apellido 2	Nombre	Fecha Nacimiento	NIF	Nombre comercial vacuna	LOTE	Riesgo complicaciones	Colectivo laboral