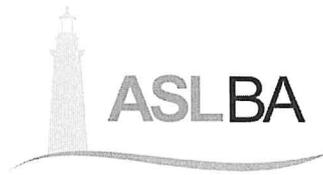


Allegato 1



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Il Dott. _____ Medico di Medicina Generale,
Codice regionale n. _____,
Distretto di appartenenza _____

DELEGA

Il Sig. / Dott. _____
Al ritiro n. _____ flaconi vaccino anti covid 19 "Moderna" in data _____
Alle ore _____

Il trasporto, sotto la responsabilità del delegato, nel rispetto della catena del freddo con idonei trasportino per il mantenimento della temperatura tra 2-8°C.

FIRMA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

FIRMA DEL DELEGATO

FIRMA DELL'OPERATORE SEDE RITIRO

Data e luogo
