



DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

IL DIRETTORE
LORENZO BROCCOLI

Ai Direttori Generali
ai Direttori Sanitari
ai Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica
ai Direttori dei Dipartimenti Farmaceutici
ai Direttori dei Servizi di Igiene e Sanità
Pubblica
ai Responsabili/Referenti dei Servizi ICT
ai Referenti aziendali delle vaccinazioni
nell'ADULTO

delle Aziende sanitarie

ai Presidenti Associazioni di categoria delle
farmacie convenzionate

e p.c. agli Ordini professionali dei farmacisti

della REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Oggetto: Coinvolgimento delle farmacie convenzionate nelle vaccinazioni, indicazioni per la stagione 2026/2027

Gent.me/i,

si rappresentano di seguito le indicazioni specifiche e i dettagli tecnici sulla somministrazione dei vaccini in farmacia, in riferimento ai seguenti atti:

- DGR 1117/2026 avente in oggetto "Approvazione dello schema di Accordo integrativo regionale tra la Regione Emilia-Romagna e le Associazioni di categoria delle farmacie convenzionate, inerente alle attività che le farmacie convenzionate sono chiamate a svolgere sino al termine di validità dell'ACN farmacie 2025 e comunque non oltre il 30 giugno 2029"; l'atto in particolare prevede che:
 - *in merito alle vaccinazioni eseguibili in farmacia, possono essere somministrati, a partire dai 18 anni di età, vaccini antiinfluenzali, vaccini antiSARS COV2, antidifterite-tetano-pertosse (dTpa). L'offerta vaccinale dTpa attiene alla somministrazione della dose di richiamo prevista a distanza di dieci anni dalla precedente, previa verifica del certificato vaccinale;*
 - *la remunerazione del servizio di somministrazione dei vaccini acquistati dalle Aziende sanitarie (riferita agli anni 2026 e 2027), è pari a:*
 - 10,40 euro per vaccini antiSARS COV2, esente IVA;
 - 6,70 euro per vaccini antiinfluenzali, esente IVA;
 - 6,70 euro per vaccini antidifterite-tetano-pertosse (dTpa,) esente IVA.

- Circolare della Direzione Generale Cura della persona salute e welfare n. 6-2026 prot. 12/08/2026.0793167.U e prot. 17.08.2026.0802191.U, che si richiama in ogni sua parte;

FORMAZIONE FARMACISTI VACCINATORI

Il professionista sanitario farmacista che esegue la vaccinazione deve:

- avere eseguito una specifica formazione FAD resa disponibile dall'Istituto Superiore di Sanità;
- avere partecipato a un evento di formazione pratica con un medico o un infermiere che tenga conto di: inoculo vaccino; gestione del vaccino (con cenni alle differenze nella gestione tra vaccini; dialogo con il paziente, sicurezza del paziente e sicurezza dell'operatore, monitoraggio post inoculo, farmacovigilanza e gestione dei rifiuti.

A tal fine, si chiede alle Aziende sanitarie in indirizzo di rendere disponibili, nell'ambito delle attività ambulatoriali dei Servizi di igiene e sanità pubblica (SISP), sedute vaccinali che consentano ai farmacisti vaccinatori di svolgere la formazione pratica prevista, per una durata minima di 4 ore.

Si suggerisce alle Aziende sanitarie in indirizzo, che ospitano farmacisti convenzionati a scopi formativi pratici sulla vaccinazione, di verificare l'operatività della copertura INAIL dei farmacisti convenzionati interessati e acquisire, laddove disponibile, eventuale polizza di responsabilità civile verso terzi connessa alla suddetta attività di formazione pratica.

La farmacia presso la quale sono somministrati i vaccini dovrà garantire che almeno un farmacista ivi operante sia in possesso di attestato di partecipazione al corso BLSD (Basic Life Support with Defibrillation) e conosca il sito ove è collocato un defibrillatore.

ADESIONE DELLA FARMACIA

In merito all'adesione delle farmacie alla campagna vaccinale, le farmacie che precedentemente non abbiano partecipato e che ora intendano aderire devono:

- compilare il modulo di adesione (Allegato 1) e inviarlo tramite PEC al Servizio farmaceutico dell'AUSL di riferimento;
- compilare il modulo disponibile al seguente link: [SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI \(office.com\)](https://www.office.com), al fine di poter fare attribuire al farmacista vaccinatore, da Lepida S.p.A., le credenziali di accesso al Portale Farmacie per la registrazione delle somministrazioni vaccinali effettuate.

Le farmacie che hanno già compilato in passato i moduli di cui ai due punti precedenti devono redarli nuovamente solo in caso di variazione dei dati. In tal evenienza, le nuove comunicazioni dovranno includere tutte le informazioni, sia quelle aggiornate sia quelle rimaste invariate.

MISURE DI SICUREZZA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI

In riferimento all'Art. 20 e all'Allegato 4 dell'ACN farmacie 2025, le farmacie dovranno organizzare l'attività di vaccinazione prevedendo:

- uno **spazio/area di accettazione**, ove accogliere il cittadino, raccogliere la documentazione, verificare l'eleggibilità alla vaccinazione in farmacia e raccogliere il consenso;
- uno **spazio/area di preparazione della dose**, ove avverrà l'allestimento delle dosi di vaccino nel caso si tratti di confezioni multi-dose adottando tecniche asettiche per garantire il mantenimento della sterilità;

- uno **spazio/area di somministrazione** dotata di carrello/borsa di emergenza e di una idonea seduta per il cittadino (poltrona reclinabile/lettino) igienizzabile, di dispenser con gel disinfettante per l'igiene delle mani e di contenitori a norma per lo smaltimento dei rifiuti a rischio infettivo;
- uno **spazio/area di monitoraggio/osservazione post vaccinale**, destinata all'osservazione di almeno 15 minuti della persona vaccinata.

Il **carrello/borsa di emergenza** dovrà essere posizionato in maniera tale da essere anche di pronto accesso da parte del personale sanitario medico, qualora si rendesse necessario, e contenere materiale sanitario e dispositivi idonei alla gestione delle emergenze, in particolare:

- **dispositivi medici:** termometro a raggi infrarossi, mascherine chirurgiche/FFP2-KN95, sovra camici, sfigmomanometro, forbici, pallone Ambu con relative mascherine di varie misure, siringhe da tubercolina, siringhe di diversa misura, butterfly e aghi di diverse misure, lacci emostatici, guanti monouso di diverse misure, cerotti a nastro, cotone, disinfettante, dispositivi per fleboclisi (deflussori);
- **farmaci:** adrenalina parenterale in autoiniettore, ossigeno in bombole da carrello o portatili con dotazione delle relative connessioni, antistaminici anti H 1, cortisonici (es. idrocortisone fiale i.m./e.v. da 100 mg e da 500mg, metilprednisolone) per soluzione iniettabile uso i.m./e.v. da 20 mg, 40 mg e 125 mg), broncodilatatori (salbutamolo spray), soluzione fisiologica in fiale da 10 ml per diluizione di farmaci, soluzione fisiologica in flacone da 100 ml e da 250 ml per fleboclisi.

CONSENSO INFORMATO DEL CITTADINO ALLA VACCINAZIONE IN FARMACIA

In sede di vaccinazione, il cittadino dovrà compilare il **modulo di consenso informato** alla vaccinazione in farmacia, che include il **modulo di idoneità alla vaccinazione in farmacia (Allegato n. 2)**.

Possono vaccinarsi in farmacia **cittadini maggiorenni** assistiti in regione Emilia-Romagna **non affetti da patologie o condizioni che caratterizzano vulnerabilità**; in questo caso il cittadino dovrà essere indirizzato al medico curante o ai servizi vaccinali.

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

La campagna vaccinale antinfluenzale avrà inizio a partire da **lunedì 12 ottobre 2026**.

Il vaccino potrà essere somministrato in un qualsiasi momento della stagione influenzale fino a tutto il mese di febbraio 2026.

Le categorie di rischio che hanno diritto alla vaccinazione gratuita in farmacia sono riportate in **Allegato n. 2**.

In merito alla scelta del vaccino antinfluenzale, secondo le indicazioni regionali contenute nella Circolare n. 6-2026, si riporta il seguente schema, non vincolante:

- età compresa fra 18 - 64 anni: vaccino split o subunità trivalente (VIT);
- età uguale o maggiore a 50 anni con patologie croniche a maggiore rischio di complicanze associate: vaccino trivalente potenziato (VITa);
- età uguale o maggiore a 65 anni: vaccino trivalente potenziato (VITa).

Si richiama il ruolo delle farmacie aderenti alla campagna vaccinale antinfluenzale nel promuovere attivamente la vaccinazione dei cittadini, con particolare attenzione alle persone appartenenti ai gruppi a rischio.

Nello schema che segue si riportano i vaccini antinfluenzali disponibili a carico del SSR per la campagna vaccinale 2026/2027:

- (VIT) - 051260038 INFLUVAC TRI S 0,015 MG/0,5 ML, Sospensione iniettabile in siringa pre-riempita con ago;
- (VITa) - 051753034 FLUAD 10 F/S pre-riempito da 0,5 ML.

Nella tabella di seguito è riportato indicativamente il n. di dosi per tipologia di vaccino a carico SSR previste per ciascuna Azienda sanitaria (cfr. Circolare n. 6-2026).

Azienda sanitaria	Influvac TRI S 18-64 anni	Fluad ≥65 anni e ≥50 anni con patologie
AUSL di Piacenza	1.250	1.150
AUSL di Parma	1.450	1.170
AUSL di Reggio Emilia	1.350	1.370
AUSL di Modena	1.300	1.110
AUSL di Bologna	5.600	5.08
AUSL di Imola	350	150
AUSL di Ferrara	400	250
AUSL della Romagna	1300	2.220
TOTALE RER	13.000	12.600

In ogni caso, il farmacista vaccinatore dovrà:

- rispettare quanto contenuto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto del vaccino;
- registrare l'avvenuta somministrazione nel Portale SOLE. In fase di registrazione dei dati relativi alla vaccinazione, prima dell'invio dei dati al sistema, il farmacista dovrà inserire **nel campo note il codice regionale a 8 cifre della farmacia presso la quale ha effettuato la vaccinazione**; poiché il campo è a testo libero, il farmacista deve apporre molta attenzione al fine di **digitare dati corretti**.

Per le vaccinazioni antinfluenzali eseguite **non a carico del SSR** la farmacia si approvvigionerà dei medicinali presso i canali retail. Il costo della vaccinazione a carico del cittadino sarà pari a 6,16 € (IVA esenti) più il prezzo al pubblico di acquisto del vaccino.

Alla luce delle rimanenze di dosi di vaccino, a decorrere dal 1° dicembre 2026, potrebbe essere allargata dalla Regione Emilia-Romagna l'offerta a titolo gratuito a tutti i cittadini che ne facciano richiesta; tale indicazione verrà eventualmente comunicata con apposita nota dalla scrivente Direzione Generale.

In tal caso la codifica sul Portale vaccinazioni dovrà corrispondere a **I10 con flag a carico del SSR**.

VACCINAZIONE ANTI DIFETERITE-TETANO-PTOSSE (dTpa)

Il vaccino disponibile per la somministrazione a carico SSR è il seguente:

- **dTpa - 039760069 TRIAXIS, im 1 sir 0,5 ml 1 d + 1 ago.**

La somministrazione, dopo avere valutato la necessità di richiamo vaccinale, è prevista con cadenza decennale.

VACCINAZIONE ANTI COVID-19

Ad oggi non sono ancora pervenute, da parte del Ministero della Salute, indicazioni relative la campagna di immunizzazione contro il Covid-19.

VACCINOVIGILANZA

Si raccomanda di aderire al sistema nazionale di farmacovigilanza per segnalare tutte le reazioni avverse rilevate a seguito della somministrazione di vaccini: la segnalazione deve riguardare sia gli eventi avversi noti (già inclusi nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto) sia quelli non noti.

Nella scheda riportare più informazioni possibili e, in via generale, è importante indicare la gravità e l'esito della reazione, i farmaci e i fattori concomitanti, il lotto del vaccino somministrato, la distanza temporale tra la somministrazione del vaccino e la comparsa della reazione.

Si raccomanda di avere cura di sensibilizzare il cittadino sull'importanza di riferire alla farmacia eventuali reazioni avverse comparse nei giorni successivi alla somministrazione del medicinale, al fine di evitare la perdita di informazioni nel sistema nazionale di FV.

Il farmacista **può segnalare una sospetta reazione avversa a farmaci o a vaccini** compilando on-line la scheda di segnalazione disponibile al seguente link: <https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/>.

Si ricorda che è disponibile una video-pillola sul ruolo della vaccinazione al seguente link: https://www.youtube.com/watch?v=4Rx8x_YFU0&t=5s.

Confidando nella Vostra fattiva collaborazione, si inviano cordiali saluti.

Lorenzo Broccoli
(firmato digitalmente)

Allegati: c.s.i.

Referenti:

Responsabile Centro Regionale Farmacovigilanza: Ester Sapigni; ester.sapigni@regione.emilia-romagna.it

Monitor Centro Regionale Farmacovigilanza: Victoria Nikitina; victoria.nikitina@regione.emilia-romagna.it

Collaboratore Area Programmi vaccinali: Angelo Lorusso, Angelo.Lorusso@Regione.Emilia-Romagna.it

Collaboratrice Area Programmi vaccinali Chiara Landini, Chiara.Landini@Regione.Emilia-Romagna.it

Collaboratrice Area Programmi vaccinali Cristina Casazza, Cristina.Casazza@Regione.Emilia-Romagna.it

**MODULO DI AUTODICHIARAZIONE PER ADESIONE ALLA
SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI**

da compilare nell'apposito modulo - forms di office all'indirizzo:

[SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI \(office.com\)](http://office.com)

Io sottoscritto, Dr. / Dott.ssa, titolare o direttore o legale rappresentante
della Farmacia

Codice a 8 cifre della Farmacia |_|_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo della Farmacia

Comune Provincia

Azienda Sanitaria di riferimento

comunico l'adesione alla SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI IN FARMACIA.

A tal fine dichiaro:

- ☐ che i farmacisti che precederanno alla vaccinazione antinfluenzale presso questa farmacia hanno partecipato a:
- formazione pratica finalizzata all'attività di somministrazione dei vaccini certificata da un tutor professionale (medico o infermiere), in tema di: inoculo vaccino; gestione del vaccino (con cenni alle differenze nella gestione tra vaccini somministrabili in farmacia); dialogo con il paziente, sicurezza del paziente e sicurezza dell'operatore, monitoraggio post inoculo, farmacovigilanza e gestione dei rifiuti;
 - specifico corso formativo FAD dell'Istituto Superiore di Sanità;
 - corso BLSD (Basic Life Support with Defibrillation).
- ☐ la lista e i relativi dati dei farmacisti vaccinatori, riportati nella seguente tabella:

	Farmacista 1	Farmacista 2	Farmacista 3	Farmacista 4
Nome				
Cognome				
Codice fiscale				
e-mail personale farmacista				
N. iscrizione Ordine				
Provincia Ordine iscrizione				

Comunicazione relativa a giornate e orari disponibili per le sessioni vaccinali della Farmacia:

.....
.....

Data

Nome e cognome

Firma

NB: Il presente modulo debitamente compilato deve inoltre essere stampato e inviato alla Azienda Unità Sanitaria Locale territorialmente competente.

VACCINAZIONE IN FARMACIA

Parte A. MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita
Residenza:	Telefono:
Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale	

- Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la documentazione relativa alla vaccinazione: “ _____ ”
- Ho riferito al Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
- Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al/ai vaccino/i e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
- Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto.
- Sono consapevole che qualora si verificassero qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.
- Accetto di rimanere nella sala d’aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del/dei vaccino/i “ ”	RIFIUTO la somministrazione del/dei vaccino/i “ ”
Data e luogo:	Data e luogo:
Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale	Firma della persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale

Professionista sanitario che somministra il vaccino

1. Nome cognome e ruolo (FARMACISTA)	2. Nome cognome e ruolo
Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con dopo essere stato adeguatamente informato. Firma	Confermo che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con dopo essere stato adeguatamente informato. Firma

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di iniezione		Lotto n.	Scad.	Luogo di somministrazione	Data ora	Firma sanitario
Antinfluenzale	Braccio destro	Braccio sinistro					
Anti-COVID-19	Braccio destro	Braccio sinistro					
Anti difto-tetano-pertosse	Braccio destro	Braccio sinistro					

Parte B. ELENCO QUESITI. Compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari addetti alla vaccinazione.

Ai fini dell'eleggibilità alla vaccinazione in farmacia, la risposta ai quesiti 2-3-4-7-8-9-10-11-14 e al quesito 16 per la vaccinazione contro difterite tetano e pertosse dovrà essere NO. Diversamente il cittadino dovrà essere indirizzato al medico o al punto vaccinale.

	QUESITI	Sì	No	Non so
1	Ha già ricevuto la somministrazione di un'analogia tipologia di vaccino? Se sì, quale:			
2	Attualmente è malato?			
3	Ha febbre?			
4	Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare:			
5	Ha mai avuto una reazione avversa dopo aver ricevuto un vaccino? Se sì, quale:			
6	Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete di tipo 1 o di tipo 2 in terapia con almeno 2 farmaci o complicanze, anemia o altre malattie del sangue o della coagulazione? Se sì specificare:			
7	Appartiene a una delle categorie dei soggetti estremamente vulnerabili di cui all'elenco che segue (Parte C)			
8	Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto, patologie autoimmuni) Se sì, quale:			
9	Negli ultimi 3 mesi, ha assunto in modo continuativo farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci anti-tumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?			
10	Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
11	Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
12	Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?			
13	Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
14	E' in gravidanza?			
15	Sta allattando?			
16	Ha ricevuto la vaccinazione contro difterite tetano e pertosse negli ultimi 10 anni?			

Data e luogo		Firma del cittadino	
--------------	--	---------------------	--

Parte C. ELENCO PATOLOGIE CHE DEFINISCONO ESTREMA VULNERABILITA'.

NB: Non considerare la condizione di diabete ai fini dell'esclusione dell'eleggibilità alla vaccinazione in farmacia.

Aree di patologia/condizione	Definizione della condizione
Malattie respiratorie	- Fibrosi polmonare idiopatica; - Malattie respiratorie che necessitino di ossigenoterapia.
Malattie cardiocircolatorie	- Scompenso cardiaco in classe avanzata (III – IV NYHA); - Pazienti post-shock cardiogeno.
Malattie neurologiche	- Sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone; - Sclerosi multipla; - Distrofia muscolare; - Paralisi cerebrali infantili; - Miastenia gravis; - Patologie neurologiche disimmuni.
Diabete / altre endocrinopatie severe	- Diabete di tipo 1; - Diabete di tipo 2 in terapia con almeno 2 farmaci per il diabete o con complicanze; - Morbo di Addison; - Panipopituitarismo.
Malattie epatiche	- Cirrosi epatica
Malattie cerebrovascolari	- Evento ischemico-emorragico cerebrale con compromissione dell'autonomia neurologica e cognitiva - Stroke nel 2020-22; - Stroke antecedente al 2020 con ranking ≥ 3 .
Emoglobinopatie	- Talassemia major; - Anemia a cellule falciformi; - Altre anemie gravi.
Altro	- Fibrosi cistica; - Sindrome di Down; - Grave obesità (BMI >35);
- Disabilità (fisica, sensoriale, intellettuale e psichica)	- Disabili gravi ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3

Parte D1. CATEGORIA DI RISCHIO VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Da compilare da parte del cittadino prima di eseguire la vaccinazione antinfluenzale.

(Barrare la casella corrispondente):

BARRARE	DESCRIZIONE CATEGORIA	Vaccinazione gratuita	Codice categoria
☐	Persona di età uguale o superiore a 60 anni CON UNA O PIU' patologie croniche	SI	01.a
☐	Persona di età uguale o superiore a 60 anni SENZA patologie croniche	SI	I01.b
☐	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio NON ricomprese nella Parte C dell'anamnesi	SI	I02.a
☐	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da malattie dell'apparato cardio-circolatorio NON ricomprese nella Parte C dell'anamnesi	SI	I02.b
☐	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da diabete mellito di tipo 2 in terapia con un solo farmaco e altre malattie metaboliche NON ricomprese nella Parte C dell'anamnesi	SI	I02.c
☐	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da insufficienza renale/surrenale cronica	SI	I02.d
☐	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici NON ricomprese nella Parte C dell'anamnesi	SI	I02.i
☐	Persona rientrante nella fascia d'età 18 – 59 anni affetta da epatopatie croniche NON ricomprese nella Parte C dell'anamnesi	SI	I02.k
☐	Donna nel periodo post-partum	SI	I04
☐	Medico o personale sanitario di assistenza nelle strutture sanitarie o sociosanitarie e socioassistenziali o libero-professionisti o medici tirocinanti in formazione specialistica o farmacista	SI	I06
☐	Familiare e contatto di soggetto ad alto rischio di complicanze, indipendentemente dal fatto che il soggetto sia stato o meno vaccinato	SI	I07
☐	Forze dell'Ordine e Protezione Civile, compresi Vigili del Fuoco, Carabinieri, Militari e la Polizia Municipale	SI	I08.a
☐	Donatore sangue	SI	I08.b
☐	Personale di asilo nido, di scuola dell'infanzia e dell'obbligo	SI	I08.c
☐	Personale dei trasporti pubblici, delle poste e delle comunicazioni, volontario dei servizi sanitari di emergenza e dipendente della pubblica amministrazione e necrofori, che svolge servizi essenziali	SI	I08.d
☐	Persona che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali (addetti all'allevamento, veterinari pubblici e privati, trasportatori di animali, macellatori)	SI	I09
☐	Persona > 18 anni NON appartenente alle precedenti categorie	NO	I10

Parte D2. VACCINAZIONE DIFTERITE TETANO PERTOSSE (dTpa)

Da compilare da parte del cittadino prima di eseguire la vaccinazione contro difterite tetano e pertosse.

Data dell'ultima vaccinazione dTpa: ____ / ____ / ____

Data, _____

In fede, _____