

**Regione Campania**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE NA2 NORD**  
Costituita ex art. 2, comma 1, lettera a) L.R. n° 16 del 28/11/2008  
P.I. 06321661214-C.F. 96024110635  
**Distretto 38 MARANO-QUARTO**  
Marano di Napoli c.a.p. 80016 Tel. 081/5768211 fax. 5768216

**U.O.S MATERNO-INFANTILE**

Si certifica che ..... nato/a  
il ...../ ...../ ....., è in regola con le vaccinazioni dell'obbligo  
previste dalla Legge 31 luglio 2017, n. 119

Si rilascia al genitore sig. ....

Data ...../ ...../ .....

**Regione Campania**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE NA2 NORD**  
Costituita ex art. 2, comma 1, lettera a) L.R. n° 16 del 28/11/2008  
P.I. 06321661214-C.F. 96024110635  
**Distretto 38 MARANO-QUARTO**  
Marano di Napoli c.a.p. 80016 Tel. 081/5768211 fax. 5768216

**U.O.S MATERNO-INFANTILE**

Si certifica che ..... nato/a  
il ...../ ...../ ....., è in regola con le vaccinazioni dell'obbligo  
previste dalla Legge 31 luglio 2017, n. 119

Si rilascia al genitore sig. ....

Data ...../ ...../ .....