

COORDINAMENTO ZONALE DI _____

MISERICORDIA DI _____ **ASL DI APPARTENENZA** _____

REFERENTE DELL' ASSOCIAZIONE:

(per le problematiche connesse alla pandemia A(h1N1))

Nome	Cognome	Tel.	Fax	e-mail
_____	_____	_____	_____	_____

MATERIALE OCCORRENTE:

Mascherine monouso	Guanti monouso	Fazzoletti monouso	Disinfettanti
n. _____	n. _____	n. _____	n. _____

VACCINI:

(secondo priorità)

Priorità 1	Priorità 2	Priorità 3
n. _____	n. _____	n.3 _____

Firma Referente _____