**ESPRESSIONE DI INTERESSE ALLA VACCINAZIONE PRESSO LO STUDIO PROFESSIONALE**

Comunicazione a mero titolo indicativo e non vincolante

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Età** | **20-29 anni** | **30-39 anni** | **40-49 anni** | **50-59 anni** | **over 60 anni** |
| **Numero dipendenti** |  |  |  |  |  |

**Nominativo del Professionista/Denominazione dello Studio Professionale: …………………………………………….**

**Recapito telefonico: …………………………………………………**

**E-mail: ……………………………………………………………………..**