



AERONAUTICA MILITARE

Piano Vaccinale ANTI-COVID19

Grado/Qualifica [REDACTED]	
Data di nascita: [REDACTED]	Luogo di nascita: [REDACTED]
Matricola Militare [REDACTED]	Telefono: [REDACTED]

Aderisco alla campagna vaccinale.

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Non Aderisco alla campagna vaccinale.

Data e Luogo [REDACTED]

Firma [REDACTED]