

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO SUPERIORE "GRAZIANI"  
TORRE ANNUNZIATA

**ADESIONE CAMPAGNA VACCINAZIONE ANTICOID19 REGIONE CAMPANIA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

CODICE FISCALE.....

RUOLO (DOCENTE, PERSONALE ATA).....

CELLULARE.....

INDIRIZZO E-MAIL.....

COMUNICA

DI VOLER ADERIRE ALLA CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTICOID 19 PROMOSSA  
DALLA REGIONE CAMPANIA.

Torre Annunziata,

FIRMA

.....