



CERTIFICO

Que.....
amb DNI/Passaport.....
està immunitzat/da per haver patit la malaltia o per estar vacunat/da de forma
correcta i actualitzada (en el seu cas amb serologia protectora post-vacuna
hepatitis B comprovada) front les malalties que s'indiquen:

- Tos ferina
- Tètanus
- Diftèria
- Xarampió
- Rubèola
- Parotiditis
- Varicel·la
- Hepatitis A i B

Dr./Dra.....

Col·legiat/da núm.....

Segell i signatura

..... a.....de..... de.....