



## CERTIFICO

Que.....  
con DNI /Passaport.....  
está inmunizado/a por haber padecido la enfermedad o por estar vacunado/a  
de forma correcta y actualizada (en su caso con serología protectora  
postvacuna hepatitis B comprobada) frente a las enfermedades que se indican:

- Tosferina
- Tétanos
- Difteria
- Sarampión
- Rubeola
- Parotiditis
- Varicela
- Hepatitis A y B

Dr./Dra.....

Colegiado/a nº.....

Sello y firma

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