ANEXO IV: JUSTIFICANTE ACTO VACUNAL

Castilla-La Mancha

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

JUSTIFICANTE DE ACTO VACUNAL FRENTE A COVID-19

D/Dña _____ con DNI _____

ha recibido la vacuna frente a COVID-19

Nombre Comercial	Fecha Administración	Laboratorio	Lote

Firma profesional sanitario

_____

Fecha de 2ª dosis (si procede): _____/_____/_____