

Certificato vaccinale per mobilità ERASMUS+

Immunization record for ERASMUS+ students

Il modulo deve essere compilato nella sua interezza in maniera leggibile e firmato da un medico qualificato. Assicurarsi che la documentazione in allegato abbia firma, data e timbro del laboratorio/clinica/struttura sanitaria preposta.

This form must be fully completed, legible, and signed by a qualified physician. Please ensure that any attached documentation is signed, dated and stamped with the official clinic/laboratory stamp.

Cognome/Last Name	
Nome/First Name	
Luogo e data di nascita/Place and date of birth	
Università di provenienza/Sending institution	
Università ospitante/Receiving institution	
Matricola/Student Number	

Epatite B / Hepatitis B

Vaccinazioni / Vaccinations:

Data 1 vaccinazione / Date of 1. vaccination:	
Data 2 vaccinazione / Date of 2. vaccination:	
Data 3 vaccinazione / Date of 3. Vaccination:	
Data del richiamo / Date of booster:	

OPPURE / OR

Data e risultato delle analisi del sangue per gli anticorpi / Date and result of **Hepatitis B surface/core** antibody blood test (Anti HBs/HBc AK):

--

Morbillo, Parotite, Rosolia / Measles, Mumps, Rubella

Vaccinazioni / Vaccinations:

Data 1 vaccinazione / Date of 1. vaccination:	
Data 2 vaccinazione / Date of 2. vaccination:	
Data 3 vaccinazione / Date of 3. Vaccination:	
Data del richiamo / Date of booster:	

OPPURE / OR

Data e risultato delle analisi del sangue per gli anticorpi / Positive Measles, Mumps and Rubella antibody blood test:

--

Varicella / Chickenpox

Vaccinazioni / Vaccinations:

Data 1 vaccinazione / Date of 1. vaccination:	
Data 2 vaccinazione / Date of 2. vaccination:	

OPPURE / OR

Data e risultato delle analisi del sangue per gli anticorpi / Positive Varicella antibody blood test:

--

Tubercolosi / Tuberculosis skin test (PPD Merieux) or TB INF gamma release Assay (IGRA Test):

Data e risultato del PPD Merieux / Date and result (mm induration) of PPD Merieux:

--

OPPURE /OR

Data e risultato del Test IGRA / Date and result of IGRA Test:

--

Tetano, difterite, pertosse / Tetanus, diphtheria, pertussis

Data dell'ultima vaccinazione / Date of last vaccination:

--

SARS-CoV-2

Vaccinazioni / Vaccinations:

Data 1 vaccinazione / Date of 1. vaccination:	
Data 2 vaccinazione / Date of 2. vaccination:	

Nome e indirizzo del medico / Name and address of physician:

--

Data / Date:

--

Timbro e firma del medico / Stamp and signature: