

টিকা বা ভ্যাকসিন প্রদান সম্পর্কে সাধারণ

বিজ্ঞপ্তি।

(art. 47, d.P.R. n.

445/2000)

অধীনস্থ.....

(পুরো নাম).....

জন্ম তারিখ.....

সম্পূর্ণ ঠিকানা. বাড়ি/ সিভিক নম্বর.....রাস্তার/viaনাম.....

জেলা/province নাম.....

দণ্ডায়ত্ত নিষেধাজ্ঞার বিষয়ে সচেতন থাকুন art 76 del D.P.R 28 Dicembre 2000. n. 445,

ঘোষণার ক্ষেত্রে মিথ্যা এবং বোকা, অভিভাবক হিসাবে দায়িত্ব পালনকারী পিতা-মাতা হিসাবে,

একটি অভিভাবক বা একটি নির্ভরশীল ব্যক্তির জন্য, 7 জুন ২০১৭ তারিখে ডিক্রি আইনের উদ্দেশ্যে এবং এর জন্য, n.73 আইন অনুযায়ী সংশোধিত 31 জুলাই 2017,n.119 নিজের দায়িত্বের অধীনে.

বিবৃতি

যে _____

(ছাত্রের নাম এবং উপাধি)

_____ () _____ এ জন্মগ্রহণ

(স্থান) (province)

নিম্নলিখিত বাধ্যতামূলক টিকা সম্পন্ন করা হয়েছে.

- পোলিও;
- ডিপথেরিয়া;
- ট্যাটানাইটিস বি;
- পাটুসিস;
- এন্টি-হ্যামোফিলাস ইনফ্লুয়েঞ্জা টাইপ B;
- হাম;
- রুবেলা;
- মাস্পস;
- এন্টি-ভ্যারিসেলা (কেবলমাত্র 2017 থেকে জন্ম নেওয়া)

I. ইমিউনাইজেশনের জন্য এক বা একাধিক টিকা দায় থেকে অব্যাহতিপ্রাপ্ত (প্রমাণীকরণ দ্বারা প্রমাণিত)।

II. বাদ দেওয়া বা বিলম্বিত এক বা একাধিক vaccinations (প্রমাণীকরণ দ্বারা প্রমাণিত);

এটি সঞ্চালিত না করা বাধ্যতামূলক vaccinations বহন করতে স্থানীয় স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী যদি প্রয়োজন হয়। (বাক্সে একটি ক্রস রাখুন)

নিম্নস্তরের - যদি এটি ইতিমধ্যেই না করে তবে 10 ই মার্চ, ২০১৮ তারিখে, একটি অনুলিপি প্রদান করা হবে স্থানীয় স্বাস্থ্যসেবা সংস্থা বা টিকা শংসাপত্র বা সার্টিফিকেশন দ্বারা দেখা টিকাদান পুস্তিকাগুলির মধ্যে স্থানীয় স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারী কর্তৃক গৃহীত vaccinations.

স্থান

এবং

তারিখ

ঘোষণা কারী

!! স্থানীয় স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারী বা তার দ্বারা টিকা বুকলেটের একটি অনুলিপি জমা দেওয়া হলে এটি সম্পন্ন করা হবে না

স্থানীয় স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী দ্বারা জারি টিকা প্রত্যায়ন বা টিকা সনদ।