

**ALLEGATO A: DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ PER L'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV- 2 -PRESSO UCP- STUDIO COLLEGATO**

Alla ASL \_\_\_\_\_

Al Distretto \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** dichiarazione di disponibilità per l'esecuzione della vaccinazione anti SARS-CoV- 2 ai sensi dell'Accordo Regionale Integrativo del \_\_\_\_\_

Il sottoscritto ..... nato il .....  
a .....  
e residente in .....  
via ..... n. ....  
codice fiscale..... codice regionale.....  
in qualità di MMG di assistenza primaria convenzionato con la ASL.....  
distretto.....

Referente UCP

Associato UCP

Singolo

(se associato UCP specificare il Referente \_\_\_\_\_)

con sede UCP (o studio medico) ove è in grado di assicurare l'attività oggetto dell'avviso in via

.....  
Città.....CAP.....

Per ogni comunicazione relativa a chiarimenti e per le verifiche previste dalla normativa vigente:

telefono .....

e-mail (PEC) .....

**DICHIARA**

la propria disponibilità a partecipare alla campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2

a titolo personale

a titolo personale e in qualità di referente UCP per i componenti di seguito indicati

e

### DICHIARA

**Ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46,47 e 76 del DPR 445/2000:**

- Di essere MMG titolare di incarico con la ASL\_\_\_\_\_;
- Di essere stato vaccinato (data I dose \_\_\_\_\_ ; data II dose \_\_\_\_\_)
- Che lo studio/ambulatorio utilizzato per la vaccinazione è adeguatamente attrezzato ai fini del rispetto delle buone pratiche vaccinali e delle prescrizioni anti SARS-CoV-2 come descritto nel Piano Regionale approvato con DG16441/2020
- Di avere disponibilità di DPI farmaci e attrezzature di emergenza;
  - Di essere in possesso dei requisiti di capacità tecnica e professionale richiesti e in particolare:
    - Di avere conoscenza delle procedure di sicurezza per la gestione dei DPI e dei rifiuti speciali derivanti da tale attività, acquisite anche tramite formazione a distanza;
    - Di avere conoscenza delle procedure per la corretta effettuazione delle vaccinazioni secondo le specifiche redatte dalle rispettive case produttrici ed approvate dall'EMA ed AIFA;
    - Di avere conoscenza delle procedure per la gestione di eventuali eventi avversi connessi alla vaccinazione
  - Di accettare la remunerazione prevista e impegnarsi al rispetto dell'accordo del\_\_\_\_\_

..... li .....

FIRMA

..... (MMG o referente UCP)

eventuale

