

ALLEGATO B: DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ PER L'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV- 2 PRESSO SEDE ASL

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.....

telefono

e-mail (PEC)

DICHIARA

la propria disponibilità a partecipare alla campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2 presso una sede messa a disposizione dalla ASL _____

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 _____)
- 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)