

ALLEGATO 2 – Mod. 1 - MMG

INFORMAZIONI OPERATIVE DA PARTE DEL MMG

Alla Azienda USL _____

Distretto _____

Il sottoscritto Medico di Medicina Generale

Dott./Dott.ssa _____ N° codice regionale _____
(nome e cognome in stampatello)

Tel. Studio _____

Fax _____

Tel. Cellulare _____

E-mail _____

Dichiara di essere in possesso dei requisiti tecnici per il corretto mantenimento della catena del freddo per la conservazione dei vaccini, di cui alla Nota tecnica regionale Prot. n. 101093/4J/04 del 27 settembre 2007, riportata in Allegato 8 al Protocollo operativo.

Dichiara di impegnarsi ad utilizzare la seguente percentuale della propria assegnazione individuale di dosi vaccino (la percentuale indicata può anche essere superiore al 100% dell'assegnazione individuale ricevuta):

%

SE UTILIZZATO IN LUOGO DELL'ALLEGATO 1 DELLA NOTA OPERATIVA AGGIORNATA DEL PROGRAMMA DI VACCINAZIONE CON VACCINO ANTI-PNEUMOCOCCICO

Richiede inoltre:

la fornitura di:

n. _____ dosi di vaccino anti-pneumococcico coniugato (PCV) 13-valente (Prevenar 13®);

n. _____ dosi di vaccino anti-pneumococcico coniugato (PCV) 15-valente (Vaxneuvance®);

n. _____ dosi di vaccino anti-pneumococcico coniugato (PCV) 20-valente (Apexxna®);

n. _____ dosi di vaccino anti-pneumococcico polisaccaridico (PPV) 23-valente (Pneumovax®).

Data, _____

Firma del medico

ALLEGATO 2 – Mod. 1 - PLS

INFORMAZIONI OPERATIVE DA PARTE DEL PLS

Alla Azienda USL _____

Distretto _____

Il sottoscritto Pediatra di Libera Scelta

Dott./Dott.ssa _____ N° codice regionale _____
(nome e cognome in stampatello)

Tel. Studio _____

Fax _____

Tel. Cellulare _____

E-mail _____

Dichiara di essere in possesso dei requisiti tecnici per il corretto mantenimento della catena del freddo per la conservazione dei vaccini, di cui alla Nota tecnica regionale Prot. n. 101093/4J/04 del 27 settembre 2007, riportata in Allegato 8 al Protocollo operativo (**solo per chi sceglie di vaccinare all'interno del proprio ambulatorio**).

Dichiara di voler partecipare alla campagna di vaccinazione:

- 1) vaccinando all'interno del proprio ambulatorio
- 2) vaccinando all'interno di strutture individuate dall'Azienda USL di appartenenza e in collaborazione con i Servizi vaccinali

La scelta deve essere mantenuta per tutta la durata della campagna di vaccinazione 2022-23.

Se vaccina all'interno del proprio ambulatorio, allora dichiara di impegnarsi ad utilizzare la seguente percentuale della propria assegnazione individuale di dosi vaccino (la percentuale indicata può anche essere superiore al 100% dell'assegnazione individuale ricevuta):

%

SE UTILIZZATO IN LUOGO DELL'ALLEGATO 1 DELLA NOTA OPERATIVA AGGIORNATA DEL PROGRAMMA DI VACCINAZIONE CON VACCINO ANTI-PNEUMOCOCCICO

Richiede inoltre:

la fornitura di:

n. _____ dosi di vaccino anti-pneumococcico coniugato (PCV) 13-valente (Prevenar 13®);

n. _____ dosi di vaccino anti-pneumococcico coniugato (PCV) 15-valente (Vaxneuvance®);

n. _____ dosi di vaccino anti-pneumococcico coniugato (PCV) 20-valente (Apexxnar®);

n. _____ dosi di vaccino anti-pneumococcico polisaccaridico (PPV) 23-valente (Pneumovax®).

Data, _____

Firma del medico
