MODULO DI ADESIONE ALLA CAMPAGNA VACCINALE

(Medici di assistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi, emergenza sanitaria)

Alla Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_), via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

꙱ Medico di assistenza primaria del Distretto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ambito territoriale di scelta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod Reg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara di essere disponibile ad operare in ambiti diversi dal proprio. SI꙱ NO꙱

꙱ Medico di Continuità Assistenziale Presidio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

꙱ Medico Emergenza Sanitaria Territoriale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

꙱ Medico di medicina dei servizi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A. comunica la propria disponibilità a vaccinare presso (è possibile scegliere più opzioni):**

꙱ a. al domicilio

꙱ a. allo studio

꙱ c. presso sedi vaccinali individuate dall’azienda o presidi di continuità assistenziali con supporto di personale aziendale;

꙱ d. presso presidi di continuità assistenziale (o altra sede individuata dai MMG) senza supporto di personale aziendale;

꙱ e. in unità mobili

Nelle seguenti fasce orarie (per c-d-e):

Lu fascia oraria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ma fascia oraria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me fascia oraria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gi fascia oraria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ve fascia oraria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sa fascia oraria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Do fascia oraria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

꙱ Dichiara di essere vaccinato per SARS-CoV-2 (ciclo vaccinale completato).

꙱ Dichiara di non essere stato vaccinato per controindicazioni cliniche

**B. Comunica di non dare la propria disponibilità a vaccinare,** impegnandosi comunque a pianificare la vaccinazione ai propri assistiti, comunicando al Dipartimento di Cure Primarie dell’azienda sanitaria provinciale di competenza l’elenco dei propri assistiti target (solo per i Medici di assistenza primaria).

Firma e timbro

꙱ Sono disponibile a vaccinare nelle ore dalle 20 alle 24