

MODULO DI ADESIONE ALLA CAMPAGNA VACCINALE

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. _____
- Medico di Continuità Assistenziale Presidio di _____
- Medico Emergenza Sanitaria Territoriale _____
- Medico di medicina dei servizi _____
- Medico del CFSMG.....

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

- a. al domicilio e allo studio.
- b. presso sedi vaccinali individuate dall'azienda o presidi di continuità assistenziali con supporto di personale aziendale;
- c. presso presidi di continuità assistenziale (o altra sede individuata dai MMG) senza supporto di personale aziendale;
- c. in unità mobili domiciliari

Nelle seguenti fasce orarie (per b.-c-d):

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

Comunica di non dare la propria disponibilità a vaccinare, impegnandosi comunque pianificare la vaccinazione ai propri assistiti, comunicando al Dipartimento di Cure Primarie dell'azienda sanitaria provinciale di competenza l'elenco dei propri assistiti target.

Firma e timbro