## CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2016-2017

## MMG DELLA PROVINCIA DI PALERMO

## MODULO DI ADESIONE

Il Sottoscritto Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Reg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Distretto n.\_\_\_\_\_\_

Visto il D.A.n.1849 /2016 del 30/09/2016

ADERISCE

alla campagna di vaccinazione antinfluenzale-antipneumococcica 2016-2017.

A tal fine dichiara:

* di essere in possesso dei requisiti previsti dalla Circolare Assessoriale 1002/99 e di garantire, nella gestione dei vaccini ritirati, la corretta catena del freddo.
* di essere a conoscenza che il proprio studio medico potrà essere soggetto a verifica del possesso dei requisiti, previsti dalla sopracitata circolare, da parte di personale delle UU.OO. di Prevenzione Territoriale
* che il numero dei propri assistiti di età >/= 64 anni è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che il numero dei propri assistiti a rischio è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che il numero di dosi di vaccino richiesto per fasce di età è il seguente:

- Vaccino antinfluenzale per soggetti >/= 64 anni \_\_\_\_\_

- Vaccino antinfluenzale per soggetti a rischio \_\_\_\_\_

1. di essere a conoscenza che, secondo quanto stabilito nel D.A., verrà fornito un n° di dosi di vaccino antipneumococcico pari al 40% di vaccino antinfluenzale consegnato.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Medico

## CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2016-2017

**MMG DELLA PROVINCIA DI PALERMO**

**MODULO DI NON ADESIONE**

Il Sottoscritto Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Reg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto il D.A.n.1849 /2016 del 30/09/2016

NON ADERISCE

alla campagna di vaccinazione antinfluenzale-antipneumococcica 2016-2017.

Le motivazioni dell’impedimento alla somministrazione del vaccino sono le seguenti:

**Si impegna altresì** :

* Ad incentivare la vaccinazione dei propri assistiti aventi diritto
* ad inviare l’elenco nominativo degli assistiti con età superiore o pari a 64 anni compiuti e dei soggetti a rischio di età inferiore a 64 anni compiuti.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Medico