



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO  
C.F. e P. I.: 05841760829 - [www.asppalermo.org](http://www.asppalermo.org)

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
U.O.C. Sanità Pubblica,  
Epidemiologia e Medicina Preventiva  
Via Carmelo Onorato n° 6 - 90129 - PALERMO  
TEL. 091 7032341 – 091 7032415 – FAX 091 7035062  
WEB : <http://epidemiologia.asppalermo.org>

Prot. n. **6781** /EPI  
Rif. Prot. n.                    del

Palermo, li **18 OTT. 2017**

Ai Medici di Medicina Generale  
ASP Palermo

**OGGETTO: Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2017-2018: Adesione**

Si richiede di compilare il modulo di adesione allegato, da inviare via mail esclusivamente al seguente indirizzo: [profilassimalattieinfettive@asppalermo.org](mailto:profilassimalattieinfettive@asppalermo.org), entro il 23 ottobre 2017, indicando l'indirizzo dell'ambulatorio in cui dovrà essere effettuata l'eventuale consegna ed il proprio n° di cellulare. In caso di domiciliazione i medici saranno informati sul giorno ed orario di consegna del vaccino, che avverrà anche al di fuori dell'orario di ricevimento dell'ambulatorio.

La fornitura sarà effettuata secondo quanto stabilito nel D.A. n. 1823/2017. Eventuali ulteriori dosi di vaccino potranno essere ritirate presso il Centro Profilattico di via C. Onorato n.6, Palermo.

**Non verranno prese in considerazione richieste di consegna a domicilio per dosi inferiori a 100 vaccini.**

**Verranno accettate le richieste di domiciliazione dei vaccini pervenute fino al 31/10/2017.**

Coloro i quali non richiederanno la consegna presso il proprio ambulatorio potranno ritirare il vaccino, forniti di borsa isotermica e accumulatori di freddo, come negli anni precedenti, presso il Centro Profilattico di via C. Onorato n.6, Palermo.

Il Direttore dell'U.O.C.  
Dr. Nicolò Casuccio

Il Direttore del Dipartimento  
Dott.ssa Loredana Curcurù

**CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2017-2018**  
**ADESIONE DEI MMG DELLA CITTÀ DI PALERMO**

(da inviare via mail **esclusivamente** al seguente indirizzo: [profilassimalattieinfettive@asppalermo.org](mailto:profilassimalattieinfettive@asppalermo.org))

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

Visto il D.A.n.1823 /2017 del 20/09/2017

**ADERISCE**

alla campagna di vaccinazione antinfluenzale-antipneumococcica 2017-2018.

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  $\geq 64$  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  $\geq 64$  anni \_\_\_\_\_
  - Vaccino antinfluenzale per soggetti a rischio \_\_\_\_\_
- 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

1) Il sottoscritto **RICHIEDE** di ricevere, per la prima fornitura, il vaccino presso il proprio studio medico sito in via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico

2) Il sottoscritto **RITIRERA** il vaccino presso il Centro Profilattico di via C.Onorato n.6, Palermo

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico

**NB: Firmare solo l'opzione scelta tra 1) e 2)**

**CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2017-2018**  
**MMG DELLA CITTA' DI PALERMO**

**MODULO DI NON ADESIONE**

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

Visto il D.A.n. 1823 /2017 del 20/09/2017

**NON ADERISCE**

alla campagna di vaccinazione antinfluenzale-antipneumococcica 2017-2018.

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