



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. **6780/EPI**
Rif. Prot. n. del

Palermo, li **18 OTT, 2017**

**Ai Pediatri di Libera Scelta
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, entro il 23 ottobre 2017. Coloro i quali praticheranno la vaccinazione dovranno indicare 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.

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.

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

I PLS che non praticheranno la vaccinazione antinfluenzale presso i propri ambulatori dovranno impegnarsi a svolgere un supporto informativo alle famiglie per incentivare la vaccinazione dei propri assistiti aventi diritto e ad inviare all'U.O.C. scrivente l'elenco nominativo degli stessi.

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 PLS DELLA CITTA' DI PALERMO

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 a rischio è il seguente: _____
- che il numero di dosi di vaccino richiesto è il seguente: _____

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

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
ADESIONE DEI PLS DELLA CITTA' DI PALERMO

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 impegnandosi a svolgere un supporto informativo alle famiglie per incentivare la vaccinazione dei propri assistiti aventi diritto e ad inviare l'elenco nominativo degli stessi.

Data _____

Firma del Medico