



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. **5622**/EPI
Rif. Prot. n. del

Palermo, li **- 7 OTT. 2019**

**Ai Pediatri di Libera Scelta
ASP Palermo
E p.c. Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione**

OGGETTO: Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2019-2020: Adesione

In vista dell'imminente inizio della campagna di vaccinazione antinfluenzale 2019-2020 si richiede di compilare il modulo di adesione allegato, da inviare via mail esclusivamente al seguente indirizzo: campagnainfluenza2019@asppalermo.org, **entro il 15 ottobre 2019. Coloro i quali praticeranno 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.** **Si ricorda che la domiciliazione dei vaccini verrà effettuata soltanto per i PLS della città di Palermo.**

La fornitura sarà effettuata secondo quanto stabilito nel D.A. n. 1829 /2019. 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.

I PLS che non praticeranno 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

CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2019-2020
ADESIONE DEI PLS DELLA CITTA' DI PALERMO

(da inviare via mail **esclusivamente** al seguente indirizzo: campagnainfluenza2019@asppalermo.org)

Il Sottoscritto Dott. _____ Cod. Reg. _____

Visto il D.A. n. 1829/2019 del

ADERISCE

alla campagna di vaccinazione antinfluenzale-antipneumococcica 2019-2020.

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 2019-2020

ADESIONE DEI PLS DELLA CITTA' DI PALERMO

(da inviare via mail **esclusivamente** al seguente indirizzo: campagnainfluenza2019@asppalermo.org)

Il Sottoscritto Dott. _____ Cod. Reg. _____

Visto il D.A. n.1829/2019

ADERISCE

alla campagna di vaccinazione antinfluenzale-antipneumococcica 2019-2020 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