



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO
C.F. e P. I.: 05841760829 - 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>

Prof. n. **5874**/EPI
Rif. Prof. n. del

Palermo, li **28 SET, 2018**

Ai Medici di Medicina Generale
ASP Palermo

OGGETTO: Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2018-2019: Adesione

Si richiede di compilare il modulo di adesione allegato, da inviare via mail esclusivamente al seguente indirizzo: profilassimalattieinfettive@asppalermo.org, entro il 15 ottobre 2018, 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.

Si ricorda che la domiciliazione dei vaccini verrà effettuata soltanto per i MMG della città di Palermo.

La fornitura sarà effettuata secondo quanto stabilito nel D.A. n. 1646/2018. 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.

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 2018-2019
ADESIONE DEI MMG DELLA CITTA' DI PALERMO

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

Il Sottoscritto Dott. _____ Cod. Reg. _____

Visto il D.A.n.1646/2018 del 19/09/2018

ADERISCE

alla campagna di vaccinazione antinfluenzale-antipneumococcica 2018-2019.

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 2018-2019
MMG DELLA CITTA' DI PALERMO

MODULO DI NON ADESIONE

Il Sottoscritto Dott. _____ Cod. Reg. _____

Visto il D.A.n. 1646/2018 del 19/09/2018

NON ADERISCE

alla campagna di vaccinazione antinfluenzale-antipneumococcica 2018-2019.

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