



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. **5875**/EPI
Rif. Prot. n. del

Palermo, li

28 SET. 2018

**Ai Pediatri di Libera Scelta
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. 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. 1646/2018. 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 isoterma 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

Il Direttore del Dipartimento
Dott.ssa Loredana Curcurù

CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2018-2019
ADESIONE DEI PLS DELLA CITTA' DI PALERMO

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 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 2018-2019
ADESIONE DEI PLS DELLA CITTA' DI PALERMO

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 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