

MODULO DI ADESIONE ALLA CAMPAGNA VACCINALE
IN QUALITA' DI MEDICO/ODONTOIATRA VACCINATORE

All'Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta

Per il tramite dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di CL – emergenzacovid@omceo.cl.it

Il/La sottoscritto/a _____ ' nato/a il
____/____/19____ a _____ (____), residente in _____
(____), via _____

Medico di assistenza primaria del Distretto di _____

Ambito territoriale di scelta _____ Cod Reg. _____

Dichiara di essere disponibile ad operare in ambiti diversi dal proprio SI NO

Medico di Continuità Assistenziale Presidio di _____

Medico Emergenza Sanitaria Territoriale _____

Medico di medicina dei servizi _____

Medico Specialista ambulatoriale

Medico Pediatra di libera scelta

Odontoiatra

Medico Dipendente

Altro _____

A. Comunica la propria disponibilità a vaccinare presso (è possibile scegliere più opzioni):

a. al domicilio

b. allo studio

c. presso sedi vaccinali individuate dall'azienda o presidi di continuità assistenziali con supporto di personale aziendale;

d. presso presidi di continuità assistenziale (o altra sede individuata dai MMG) senza supporto di personale aziendale;

e. in unità mobili

Nelle seguenti fasce orarie (per c-d-e):

Lunedì fascia oraria _____ Martedì fascia oraria _____

Mercoledì fascia oraria _____ Giovedì fascia oraria _____

Venerdì fascia oraria _____ Sabato fascia oraria _____

Domenica fascia oraria _____

Dichiaro di essere vaccinato per SARS-CoV-2 (ciclo vaccinale completato).

Dichiaro di non essere stato vaccinato per controindicazioni cliniche

B. Comunica di non dare la propria disponibilità a vaccinare, impegnandosi comunque a pianificare la vaccinazione ai propri assistiti, comunicando al Dipartimento di Cure Primarie dell'azienda sanitaria provinciale di competenza l'elenco dei propri assistiti target (solo per i Medici di assistenza primaria).

Firma