

## ALLEGATO 2 – Mod. 1 - MMG

### INFORMAZIONI OPERATIVE DA PARTE DEL MMG

Alla Azienda USL \_\_\_\_\_

Distretto \_\_\_\_\_

#### Il sottoscritto Medico di Medicina Generale

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ N° codice regionale \_\_\_\_\_  
(nome e cognome in stampatello)

Tel. Studio \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Tel. Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Dichiara** di essere in possesso dei requisiti tecnici per il corretto mantenimento della catena del freddo per la conservazione dei vaccini, di cui alla Nota tecnica regionale Prot. n. 101093/4J/04 del 27 settembre 2007, riportata in Allegato 8 al Protocollo operativo.

**Dichiara di impegnarsi ad utilizzare la seguente percentuale della propria assegnazione individuale di dosi vaccino (la percentuale indicata può anche essere superiore al 100% dell'assegnazione individuale ricevuta):**

%

#### SE UTILIZZATO IN LUOGO DELL'ALLEGATO 1 DELLA NOTA OPERATIVA AGGIORNATA DEL PROGRAMMA DI VACCINAZIONE CON VACCINO ANTI-PNEUMOCOCCICO

**Richiede** inoltre:

la fornitura di:

n. \_\_\_\_\_ dosi di vaccino anti-pneumococcico coniugato (PCV) 13-valente (Prevenar 13®);

n. \_\_\_\_\_ dosi di vaccino anti-pneumococcico coniugato (PCV) 15-valente (Vaxneuvance®);

n. \_\_\_\_\_ dosi di vaccino anti-pneumococcico coniugato (PCV) 20-valente (Apexxna®);

n. \_\_\_\_\_ dosi di vaccino anti-pneumococcico polisaccaridico (PPV) 23-valente (Pneumovax®).

Data, \_\_\_\_\_

Firma del medico

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 2 – Mod. 1 - PLS**

**INFORMAZIONI OPERATIVE DA PARTE DEL PLS**

Alla Azienda USL \_\_\_\_\_

Distretto \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto Pediatra di Libera Scelta**

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ N° codice regionale \_\_\_\_\_  
(nome e cognome in stampatello)

Tel. Studio \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Tel. Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Dichiara** di essere in possesso dei requisiti tecnici per il corretto mantenimento della catena del freddo per la conservazione dei vaccini, di cui alla Nota tecnica regionale Prot. n. 101093/4J/04 del 27 settembre 2007, riportata in Allegato 8 al Protocollo operativo (**solo per chi sceglie di vaccinare all'interno del proprio ambulatorio**).

**Dichiara** di voler partecipare alla campagna di vaccinazione:

- 1) vaccinando all'interno del proprio ambulatorio
- 2) vaccinando all'interno di strutture individuate dall'Azienda USL di appartenenza e in collaborazione con i Servizi vaccinali

**La scelta deve essere mantenuta per tutta la durata della campagna di vaccinazione 2022-23.**

**Se vaccina all'interno del proprio ambulatorio, allora dichiara di impegnarsi ad utilizzare la seguente percentuale della propria assegnazione individuale di dosi vaccino (la percentuale indicata può anche essere superiore al 100% dell'assegnazione individuale ricevuta):**

%

**SE UTILIZZATO IN LUOGO DELL'ALLEGATO 1 DELLA NOTA OPERATIVA AGGIORNATA DEL PROGRAMMA DI VACCINAZIONE CON VACCINO ANTI-PNEUMOCOCCICO**

**Richiede inoltre:**

la fornitura di:

n. \_\_\_\_\_ dosi di vaccino anti-pneumococcico coniugato (PCV) 13-valente (Prevenar 13®);

n. \_\_\_\_\_ dosi di vaccino anti-pneumococcico coniugato (PCV) 15-valente (Vaxneuvance®);

n. \_\_\_\_\_ dosi di vaccino anti-pneumococcico coniugato (PCV) 20-valente (Apexxnar®);

n. \_\_\_\_\_ dosi di vaccino anti-pneumococcico polisaccaridico (PPV) 23-valente (Pneumovax®).

Data, \_\_\_\_\_

Firma del medico

\_\_\_\_\_