

Al Direttore Generale
AUSL 5 MESSINA
c/o Dipartimento di Prevenzione
Servizio di Epidemiologia
(tel 0903652416- fax 090 3652414)

Prot. n..... del.....

Oggetto: Adesione Campagna Vaccinale antinfluenzale ed antipneumococcica 2007/2008

Dr. _____

Il sottoscritto (cognome) (nome)

Nato ail ... / .. / medico convenzionato con S.S.N. per MMG / Pediatria
nell'ambito territoriale di con Codice Regionale n.

DICHIARA

- 1) Di partecipare alla Campagna Vaccinale Antinfluenzale ed Antipneumococcica 2007/2008 per i soggetti oltre 65 anni ($= o > 65$) e per i soggetti a rischio, secondo le modalità del D.A. Sanità n. 02315 del 29/10/2007;
- 2) di garantire i requisiti previsti dalla Circolare Ministeriale n. 1 del 02/08/07 e dal D.A. Sanità n. 02315 del 29/10/2007 per la buona prassi vaccinale (rispetto catena del freddo, attrezzature ambulatorio, etc.);
- 3) di impegnarsi a restituire entro il 10/01/2008 i vaccini non somministrati, essendo a conoscenza che le dosi non utilizzate e non riconsegnate nei tempi previsti (sempre nel rispetto della catena del freddo) saranno addebitate allo stesso, che ne dovrà curare anche lo smaltimento;
- 4) di allegare l'elenco dei propri assistiti con età $= o > a 65$ anni e di comunicare il numero dei soggetti a rischio con età inferiore a 65 anni;
- 5) di impegnarsi a riconsegnare entro il 10/01/08 al Dipartimento Cure Primarie l'elenco nominativo delle vaccinazioni praticate, con indicato il numero dei soggetti $= o > 65$ ed il numero dei soggetti a rischio < 65 anni da utilizzarsi per il pagamento delle prestazioni.

Data ... / ... /

Firma e timbro con codice del medico