

Prot. Ricezione domanda n. _____ del _____
Adesione Campagna Vaccinale
Antinfluenzale ed Antipneumococcica 2006/2007 Dr. _____

Il sottoscritto (cognome) (nome)
(data di nascita) / .. / medico convenzionato con S.S.N. per MMG / Pediatria
nell'ambito territoriale di con Codice Regionale n.

- 1) comunica la propria adesione alla Campagna Vaccinale Antinfluenzale ed Antipneumococcica 2006/2007 dei soggetti over 64 e a rischio, secondo le modalità del D.A. Sanità del 26/09/06 (G.U.R.S. n. 47 parte I del 06/10/06);
- 2) attesta di possedere i requisiti previsti dalla circolare assessoriale n. 1002/99 (rispetto catena del freddo, attrezzature ambulatorio, etc.);
- 3) si impegna a restituire entro il 31/12/06 e non oltre il 10/01/07 il vaccino non utilizzato, 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) allega l'elenco dei propri assistiti con età superiore a 64 anni (>64), comunica il numero dei soggetti a rischio con età inferiore a 64 anni;
- 5) si impegna a riconsegnare entro il 31/01/07 al Dipartimento Cure Primarie l'elenco nominativo delle vaccinazioni praticate, con indicato il numero dei soggetti >64 ed il numero dei soggetti a rischio < 64 anni da utilizzarsi per il pagamento delle prestazioni;
- 6) si impegna a consegnare al Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Epidemiologia, il modello riepilogativo delle vaccinazioni praticate per fascia di età, secondo la modulistica dalla Circolare Ministeriale n. 2 del 18/04/06.

Data ... / ... /

Firma e timbro con codice