

AI DIRETTORE GENERALE
Azienda Sanitaria Provinciale
di Messina

Distretto di _____

U.O. _____

Prot. Ricezione n° _____/D.P. del _____

Oggetto: Adesione campagna vaccinale antinfluenzale ed antipneumococcica 2016/2017 da presentare entro il 24/10/2016. Durata 24 ottobre 2016 – 06 febbraio 2017.

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

Data di nascita ____/____/____, medico convenzionato con il S.S.N. MMG / Pediatra

Nell'ambito territoriale di _____ con cod. Regionale n° _____

DICHIARA

1. di aderire alla campagna vaccinale antinfluenzale ed antipneumococcica per la vaccinazione 2016/2017 dei soggetti di età pari o superiore a 64 anni compiuti e dei soggetti a rischio, secondo le modalità specificate nell'allegato 1 del D.A. 1849 del 30/09/2016 (Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2016/17 – Coinvolgimento MMG e PLS) e della circolare del Ministero della Salute avente per oggetto: "Prevenzione e Controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2016-2017";
2. di possedere i requisiti previsti dalla Circolare Assessoriale n°. 1002/99 (rispetto catena del freddo, attrezzature, ambulatorio, ecc.);
3. che il **numero dei propri assistiti** di età pari o superiore a 64 anni è di _____ e che il numero dei soggetti a rischio con età inferiore a 64 anni è di _____;
4. di impegnarsi a restituire ai Centri Vaccinali Distrettuali **entro il 07 febbraio 2017** il vaccino non utilizzato nel rispetto della catena del freddo, consapevole che le dosi non riconsegnate nei tempi previsti gli saranno addebitate e ne dovrà curare anche lo smaltimento;
5. di produrre al **Distretto di appartenenza, Unità Operativa Medicina di Base**, entro e non oltre il **31/12/2016** la **modulistica in duplice copia di cui ai punti "A" e "B"** dell'allegato 1 del D.A. 1849 del 30/09/2016 (Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2016/17 – Coinvolgimento MMG e PLS) e **successivamente, in forma definitiva, entro il 07/02/2017** e di cui una copia, entro 5 giorni, dovrà essere consegnata a cura del Distretto all'UOS prevenzione vaccinazioni distrettuale del Dipartimento di Prevenzione e per Messina all'UOS Epidemiologia:
 - **elenchi nominativi dei soggetti sottoposti a vaccinazioni**, distinti per i soggetti con età superiore o pari a 64 anni compiuti e per i soggetti a rischio inferiori a 64 anni, da utilizzarsi per il pagamento delle prestazioni PIP e come rendiconto per il Dipartimento di Prevenzione delle Vaccinazioni praticate.
 - **modello riepilogativo delle vaccinazioni praticate per singolo vaccino e per fascia di età** e quant'altro previsto dalla Circ. Min. del 02 Agosto 2016.

Data ____/____/____

Firma e timbro