

AL DIRETTORE GENERALE
Azienda Sanitaria Provinciale
di Messina
Distretto di _____
U.O. _____

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

Oggetto: Adesione campagna vaccinale antinfluenzale ed antipneumococcica 2014/2015
(da presentare entro il 27/10/2014)

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 2014/2015 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. 1695/2014 (Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2014/15 – coinvolgimento MMG e PLS) e della Circolare del Ministero della Salute avente per oggetto: "Prevenzione e Controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2014-2015";
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 20/01/2014, nel rispetto della catena del freddo**, il vaccino non utilizzato, 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 10/01/2015 la modulistica in duplice copia di cui ai punti "A" e "B" dell'allegato 1 del D.A. 1695/2014 (Campagna antinfluenzale 2014/15 – coinvolgimento MMG e PLS) e successivamente, in forma definitiva, entro il 07/02/2015:**
 - l'elenco nominativo delle vaccinazioni praticate separate 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 PPIP e come rendiconto per il Dipartimento di Prevenzione delle Vaccinazioni praticate (in modo informatico *igiene@asp.messina.it*);
 - il modello riepilogativo delle vaccinazioni praticate per singolo vaccino e per fascia di età e quant'altro previsto dalla Circ. Min. Del 09/08/2013 (sempre in modo informatico *igiene@asp.messina.it*).

Data _____/_____/_____

Firma e timbro