

**Oggetto: DCA n. 24 del 9 marzo 2021. “Protocollo d’intesa con le OO.SS. dei Medici di Medicina Generale recante “Disposizioni per coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale per la campagna vaccinale COVID-19”.” Adesione.**

Lo scrivente *nome medico* \_\_\_\_\_ con studio nel Comune di \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ avente Codice Fiscale \_\_\_\_\_ numero telefonico fisso dello studio \_\_\_\_\_ numero di telefono cellulare \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_ indirizzo pec \_\_\_\_\_ aderisce alla campagna vaccinale anti Covid19 per come disciplinata nel protocollo d’intesa approvato ed allegato al DCA 24 del 9/3/2021 ed in particolare indica le seguenti disponibilità:

Vaccinazioni nel proprio studio o in altra idonea sede organizzata dallo stesso medico anche in coordinamento con colleghi o istituzioni del territorio (comuni, associazioni.	SI	(indicare numero di vaccinazioni su base settimanale)
	NO	

Vaccinazioni presso il domicilio dei propri assistiti che non sono in grado di recarsi presso lo studio del medico o sede vaccinale organizzata dal medico	SI	(indicare numero di vaccinazioni su base settimanale previste a domicilio)
	NO	

Vaccinazioni presso una sede messa a disposizione da ASREM presumibilmente nei comuni di Campobasso, Termoli, Isernia o nei comuni sedi delle case della salute o poliambulatori	SI	(indicare giorni ed orari di disponibilità dal lunedì alla domenica) Lunedì dalle ore ____ alle ore ____ dalle ____ alle ____ (n. totale ore ____) martedì dalle ore ____ alle ore ____ dalle ____ alle ____ (n. totale ore ____) mercoledì dalle ore ____ alle ore ____ dalle ____ alle ____ (n. totale ore ____) giovedì dalle ore ____ alle ore ____ dalle ____ alle ____ (n. totale ore ____) venerdì dalle ore ____ alle ore ____ dalle ____ alle ____ (n. totale ore ____) sabato dalle ore ____ alle ore ____ dalle ____ alle ____ (n. totale ore ____) domen. dalle ore ____ alle ore ____ dalle ____ alle ____ (n. totale ore ____)
	NO	

Elencare di seguito i nominativi dei collaboratori di studio da vaccinare in quanto regolarmente impegnati con continuità nelle attività di segreteria ed infermieristiche dello studio:

(nome, cognome, codice fiscale, comune residenza, numero di cellulare, indirizzo mail)

1.

2.