

REGIONE ABRUZZO Azienda Sanitaria Locale 2 Lanciano – Vasto - Chieti (Part. IVA 02307130696)		DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica CHIETI , Via Discesa delle Carceri, 6 Telefono 0871.358830 - Fax 0871357483
--	---	---

Modulo di adesione alla Campagna di Vaccinazione antinfluenzale - antiCOVID 19 - antipneumococcica e riscontro approvvigionamento vaccini

Il sottoscritto Dr _____ in qualità di MMG, Codice regionale n _____
 con studio professionale in _____ Via _____
 Tel _____ e-mail _____

DICHIARA

- di aderire alla Campagna di Vaccinazione Antinfluenzale 2023-2024 con i criteri di cui alla Circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2023-2024", Prot. 0031738 -06/07/2022 – DGPRES – DGPRES – P, alla Determina DPF 010/77 del 29/09/2023 della Regione Abruzzo e secondo gli accordi stabiliti in sede Regionale;
- di garantire nella gestione dei vaccini la corretta catena del freddo, sia durante le fasi di trasporto che di custodia nei propri Studi professionali;
- che provvederà ad inserire tutti i vaccini somministrati sul portale AVR (Anagrafe Vaccinale Regionale) Dedalus nella stessa giornata di somministrazione o al massimo entro la settimana di somministrazione;
- di impegnarsi ad inviare via mail, entro il **10.01.2024**, con i dati provvisori, ed entro il **01.03.2024**, con i dati definitivi, i modelli riepilogativi delle vaccinazioni antinfluenzali eseguite, debitamente compilati, uno per ogni tipo di specialità vaccinale impiegata alle seguenti mail: nicola.reale@asl2abruzzo.it e vacciniantinfluenzali.chieti@asl2abruzzo.it
- di delegare al ritiro dei vaccini il Sig. _____

Data _____

Firma del MMG/PLS _____

RIEPILOGO RITIRO DOSI DI VACCINO

Data	SPECIALITÀ VACCINALE	n. dosi e lotto	Firma di chi ritira

RIEPILOGO RESTITUZIONE DOSI DI VACCINO

Data	SPECIALITÀ VACCINALE	n. dosi e lotto	Firma di chi riconsegna