

**ALLEGATO 2: ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Alla ASL \_\_\_\_\_

Al Distretto \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Istanza di manifestazione di interesse per l'esecuzione della vaccinazione anti SARS-CoV- 2 alla popolazione ultraottantenne**

Il sottoscritto ..... nato il .....  
a .....  
e residente in .....  
via ..... n. ....  
codice fiscale..... codice regionale.....  
in qualità di MMG di assistenza primaria convenzionato con la ASL.....  
distretto.....

Referente UCP

Associato UCP

Singolo

(se associato UCP specificare il Referente \_\_\_\_\_)  
con sede UCP (o studio medico) ove è in grado di assicurare l'attività oggetto dell'avviso in via  
.....  
Città.....CAP.....

Per ogni comunicazione relativa a chiarimenti e per le verifiche previste dalla normativa vigente:  
telefono .....  
e-mail (PEC) .....

**MANIFESTA**

il proprio interesse a partecipare alla campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2 in favore della  
popolazione ultraottantenne

a titolo personale

a titolo personale e in qualità di referente UCP per i componenti di seguito indicati

e

### **DICHIARA**

**Ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46,47 e 76 del DPR 445/2000:**

Di essere MMG titolare di incarico con la ASL\_\_\_\_\_;

Di essere stato vaccinato, almeno per la prima dose ( data I dose \_\_\_\_\_ ; data II dose \_\_\_\_\_ )

Che lo studio/ambulatorio utilizzato per la vaccinazione è adeguatamente attrezzato ai fini del rispetto

delle buone pratiche vaccinali e delle prescrizioni anti SARS-CoV-2 come descritto nel Piano Regionale approvato con DG16441/2020

Di avere disponibilità di DPI farmaci e attrezzature di emergenza;

Di essere in possesso dei requisiti di capacità tecnica e professionale richiesti dall'avviso  
"PER INSERIMENTO IN UN ELENCO DI MMG IN GRADO DI POTER ESEGUIRE LA  
VACCINAZIONE ANTI SARS-CoV-2"

in particolare:

Di avere conoscenza delle procedure di sicurezza per la gestione dei DPI e dei rifiuti speciali derivanti da tale attività, acquisite anche tramite formazione a distanza;

Di avere conoscenza delle procedure per la corretta effettuazione delle vaccinazioni secondo le specifiche redatte dalle rispettive case produttrici ed approvate dall'EMA ed AIFA;

Di avere conoscenza delle procedure per la gestione di eventuali eventi avversi connessi alla vaccinazione (ad es conoscenza tecniche di BLS), acquisiti anche tramite corso di formazione

Di aver compreso la facoltà e volontarietà dell'adesione;

Di accettare la remunerazione prevista dall'allegato 1 all'avviso;

Di impegnarsi a rispettare tutto quanto previsto nell'avviso di cui il presente costituisce allegato per elenco MMG vaccinatori;

..... li .....

FIRMA

..... (MMG o referente UCP)

eventuale

COMPONENTI UCP			
NOME	COGNOME	FIRMA PER ACCETTAZIONE	DOSI VACCINO Requisito B.2 avviso
			I dose II dose

- (1) Allegare documento di identità del dichiarante o di ciascuno dei componenti UCP;
- (2) In caso di UCP la dichiarazione sopra prevista ai sensi del DPR 445/2000 si intende resa da ciascun medico che sottoscrive per accettazione.