**(da trasmettere a cura dell’AZIENDA all’ASL territorialmente competente)**

**ALLEGATO A - AZIENDA**

PIANO AZIENDALE PER L’ATTIVAZIONE DI PUNTO STRAORDINARIO

DI VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2/Covid 19 NEI LUOGHI DI LAVORO

# Nel pieno rispetto delle

## Indicazioni ad interim per la vaccinazione anti SARS-COV-2/Covid 19 nei luoghi di lavoro

**La vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 effettuata nell’ambiente di lavoro rappresenta un’iniziativa di sanità pubblica, finalizzata alla tutela della salute della collettività e non attiene strettamente alla prevenzione nei luoghi di lavoro. Rappresenta, altresì, un’opportunità aggiuntiva rispetto alle modalità dell’offerta vaccinale previste dagli atti di indirizzo nazionali e regionali.**

|  |  |
| --- | --- |
|  Azienda |   |
| P.I./C.F.  |   |
| Comune  |   |
| Prov.  |   |
| Via/Piazza  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Datore di Lavoro  |   |
| C.F.  |   |
| Telefono  |   |
| e-mail/pec  |   |

|  |
| --- |
| Associazione di categoria di riferimento:  |
| Sede di :  |
| ASL territorialmente competente per sede di vaccinazione:  |

# (Compilare il box di interesse: o Medico Competente o Struttura sanitaria privata)

|  |  |
| --- | --- |
| Medico Competente |   |
| C.F.  |   |
| Telefono  |   |
| e-mail  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Struttura sanitaria privata  |   |
| C.F./P.I.  |   |
| Telefono  |   |
| e-mail  |   |
| Medico di riferimento  |   |
| C.F.  |   |
| Telefono  |   |
| e-mail  |   |

|  |
| --- |
| Lavoratori aderenti alla campagna vaccinale, fermo restando conferma da parte del medico, del numero effettivo di adesioni alla ASL prima della consegna delle dosi:  |
|  Numero \_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  |

Il Datore di Lavoro e il  Medico competente  il Medico di riferimento della Struttura sanitaria privata

# dichiarano

* di aderire alla campagna vaccinale anti-covid19 nei luoghi di lavoro,

* di rispettare, per gli aspetti di propria competenza, il *Protocollo nazionale per la realizzazione dei piani aziendali finalizzati all’attivazione di punti straordinari di vaccinazione anti SARS-CoV2/Covid-19 nei luoghi di lavoro*.

**In particolare**, il Medico dichiara che la somministrazione del vaccino avverrà (**selezionare la voce di interesse)** o all’interno dell’unità locale/sito interaziendale

* + nella struttura sanitaria privata in convenzione

sita nel comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + in uno spazio idoneo alla somministrazione del vaccino, in grado di garantire l’accesso scaglionato e la permanenza post-vaccinazione, ovvero in:
* **infermeria;**
* **ambulatorio mobile;**
* **locale interno allestito all’uopo;**
* **area esterna allestita all’uopo.**

Il medico dichiara che

o i vaccini sono da recapitare presso

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Comune** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Via/Piazza**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **N.**\_\_\_\_

ove è presente attrezzatura idonea alla loro conservazione con una capienza max di n. \_\_\_\_\_\_ dosi/giorno.

DATA \_\_\_\_|\_\_\_\_|2021

f.to

Datore di Lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***All. 3***

## Ipotesi del Piano aziendale della Associazione o della azienda che fungono da Hub interaziendale

 **(da trasmettere a cura dell’Azienda che funge da HUB interaziendale all’ASL di riferimento del proprio territorio)**

PIANO AZIENDALE PER L’ATTIVAZIONE DI PUNTO STRAORDINARIO

DI VACCINAZIONEANTI SARS-COV-2/Covid 19 NEI LUOGHI DI LAVORO

ALLEGATO B – ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA

## Nel pieno rispetto delle

### Indicazioni ad interim per la vaccinazione anti SARS-COV-2/Covid 19 nei luoghi di lavoro

**La vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 effettuata nell’ambiente di lavoro rappresenta un’iniziativa di sanità pubblica, finalizzata alla tutela della salute della collettività e non attiene strettamente alla prevenzione nei luoghi di lavoro. Rappresenta, altresì, un’opportunità aggiuntiva rispetto alle modalità dell’offerta vaccinale previste dagli atti di indirizzo nazionali e regionali.**

|  |  |
| --- | --- |
| Associazione di categoria / Azienda che funge da HUB interaziendale  |   |
| P.I./C.F.  |   |
| Comune  |   |
| Prov.  |   |
| Via/Piazza  |   |
| Telefono  |   |
| e-mail/pec  |   |

## (Selezionare la voce di interesse)

|  |
| --- |
| * Medico competente  dell’Associazione
* dell’impresa associata con sede nel Comune di
 |
|  Struttura sanitaria privata  |

## (Compilare il box di interesse: Medico competente o Struttura sanitaria privata)

|  |  |
| --- | --- |
| Medico Competente |   |
| C.F.  |   |
| Telefono  |   |
| e-mail  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Struttura sanitaria privata  |   |
| C.F./P.I.  |   |
| Telefono  |   |
| e-mail  |   |
| Medico di riferimento  |   |
| C.F.  |   |
| Telefono  |   |
| e-mail  |   |

|  |
| --- |
| Lavoratori aderenti alla campagna vaccinale, fermo restando conferma da parte del medico, del numero effettivo di adesioni alla ATS prima della consegna delle dosi:  |
|  Numero \_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  |

L’Associazione datoriale  il Medico competente

  il Medico di riferimento della Struttura sanitaria privata

# dichiarano

* di aderire alla sperimentazione della campagna vaccinale anti-covid19 nei luoghi di lavoro,

* di rispettare, per gli aspetti di propria competenza, il *Protocollo nazionale per la realizzazione dei piani aziendali finalizzati all’attivazione di punti straordinari di vaccinazione anti SARS-CoV-2/Covid-19 nei luoghi di lavoro.*

**In particolare**, il Medico dichiara che la somministrazione del vaccino avverrà (**selezionare la voce di interesse)** o all’interno dell’unità locale/sito interaziendale o nella struttura sanitaria privata in convenzione

sita nel comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o in uno spazio idoneo alla somministrazione del vaccino, in grado di garantire l’accesso scaglionato e la permanenza post-vaccinazione, ovvero in:

* **infermeria;**
* **ambulatorio mobile;**
* **locale interno allestito all’uopo;**
* **area esterna allestita all’uopo.**

Il medico dichiara che

o i vaccini sono da recapitare presso

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Comune** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Via/Piazza**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **N.**\_\_\_\_

ove è presente attrezzatura idonea alla loro conservazione con una capienza max di n. \_\_\_\_\_\_ dosi/giorno.

DATA \_\_\_\_|\_\_\_\_|2021

f.to

Datore di Lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Segue elenco aziende**