**(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**