



PIANO AZIENDALE DI ADESIONE ALLA CAMPAGNA VACCINALE ANTI COVID-19

Spett.le

ATS Città Metropolitana di Milano

pec: dipartimentoprevenzione@pec.ats-milano.it

Denominazione azienda		
Codice ATECO		
Legale rappresentante		
Sede legale		
Sede Unità Produttiva		
Recapito telefonico		
e-mail		
PEC		
Associazione di categoria		
P.IVA / C.F.		
Tot lavoratori in organico c/o la/le Unità produttive		
Medico responsabile dell'organizzazione e della gestione dell'attività vaccinale		
Ordine appartenenza e n. di iscrizione		
Recapito telefonico		
e-mail		
Aziende aderenti al presente piano vaccinale	Azienda (denominazione e codice ATECO) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	N. vaccini richiesti _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

I sottoscritti _____ (Legale rappresentante) e _____ (Medico responsabile dell'organizzazione e della gestione dell'attività vaccinale) responsabilmente dichiarano di voler aderire alla campagna vaccinale anti-COVID-19 nei luoghi di lavoro e di rispettare, per gli aspetti di propria competenza, quanto previsto dalla D.G.R. XI/4768 del 24/05/2021 "CAMPAGNA DI "VACCINAZIONE ANTI COVID-19 NELLE AZIENDE LOMBARDE: DISCIPLINARE: AGGIORNAMENTO DELLA DGR N. XI/4401 DEL 10.03.2021 "PARTECIPAZIONE DELLE AZIENDE PRODUTTIVE CON SEDE NELLA REGIONE LOMBARDIA ALLA CAMPAGNA VACCINALE ANTI-COVID19".



In particolare, il Medico responsabile dell'organizzazione e della gestione dell'attività vaccinale dichiara che la somministrazione del vaccino avverrà in uno spazio idoneo alla somministrazione del vaccino sito in _____ (comune e provincia) _____ (indirizzo)[*], in grado di garantire l'accesso scaglionato e la permanenza post-vaccinazione, individuato in:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ambulatorio/infermeria | <input type="checkbox"/> ambiente esterno appositamente allestito |
| <input type="checkbox"/> ambulatorio mobile | <input type="checkbox"/> ambiente interno appositamente allestito |
| <input type="checkbox"/> Altro (ad es. HUB aziendali) _____ | |
| <input type="checkbox"/> HUB/CVM (come già concordato con l'ATS di riferimento) _____ | |

Eventuale ritiro dei vaccini avverrà presso l'ATS: _____
Mediante individuazione dell'HUB di afferenza.

Il Medico responsabile dell'organizzazione e della gestione dell'attività vaccinale dichiara che in azienda sono garantite le precauzioni per la conservazione dei vaccini. Dichiara altresì che i vaccini saranno destinati esclusivamente al personale delle aziende aderenti al presente piano così come elencate nella tabella della pagina precedente.

Il Legale rappresentante (o suo delegato)

Medico responsabile dell'organizzazione e della gestione dell'attività vaccinale

[*] in caso di più sedi all'interno della stessa ATS indicare la sede principale; se sedi afferenti a diverse ATS, compilare un modulo per ciascuna sede