

## ALLEGATO 1

### PIANO AZIENDALE DI ADESIONE ALLA CAMPAGNA VACCINALE ANTI COVID-19

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

<b>Denominazione azienda</b>		
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		
<b>Medico responsabile della seduta vaccinale</b>		
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 della seduta 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 dalle "Indicazioni ad Interim per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 nei luoghi di lavoro" dell'8 aprile 2021.

In particolare, il Medico responsabile della seduta 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): _____<br>_____                 |   |
| <input type="checkbox"/> HUB/CVP ULSS (come già concordato con la ASL di riferimento) |   |

**Eventuale ritiro dei vaccini avverrà presso la ASL:** \_\_\_\_\_

Il Medico responsabile della seduta 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) vaccinale  
\_\_\_\_\_

Il Medico responsabile della seduta vaccinale  
\_\_\_\_\_

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