

IPOTESI di Piano aziendale della Azienda che sceglie la vaccinazione in azienda e partecipa come singolo

(da trasmettere a cura dell'AZIENDA, anche per il tramite della propria all'Associazione di categoria,
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
Struttura

☐ il Medico di riferimento della
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-CoV-2/Covid-19 nei luoghi di lavoro.*

In particolare, il Medico dichiara che la somministrazione del vaccino avverrà (**selezionare la voce di interesse**)

- ☐ 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

- 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 _____