

SPETT.LE ASL SALERNO
dp.vaccinocovid@aslsalerno.it
dp.smil@pec.aslsalerno.it
e p.c. CONFINDUSTRIA SALERNO
vaccini@confindustria.sa.it

**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	

personale infermieristico (vaccinatori):	
personale amministrativo:	

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, oppure attraverso soluzioni alternative come specificate di seguito:

☐ _____

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.

Si allega planimetria degli spazi deputati a punto vaccinale.

DATA ____ | ____ | 2021

f.to

Datore di Lavoro _____ Medico _____