**ALLEGATO B: DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ PER L’ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV- 2 PRESSO SEDE ASL**

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

Al Distretto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO:** **dichiarazione di disponibilità per l’esecuzione della vaccinazione anti SARS-CoV- 2 ai sensi dell’Accordo Regionale Integrativo del**

Il sottoscritto ............................................................................................ nato il .............................

a .........................................................................................................................................................

e residente in .....................................................................................................................................

via ...................................................................................................................................... n. ............

codice fiscale........................................................ codice regionale………………………………………………… in qualità di MMG di assistenza primaria convenzionato con la ASL…………………………………………………

distretto……………………………….

telefono ...................

e-mail (PEC) ………......................

**DICHIARA**

la propria disponibilità a partecipare alla campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2

presso una sede messa a disposizione dalla ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e**

**DICHIARA**

**Ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46,47 e 76 del DPR 445/2000:**

* Di essere MMG titolare di incarico con la ASL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di essere stato vaccinato ( data I dose \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; data II dose \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* Di essere in possesso dei requisiti di capacità tecnica e professionale richiesti e

in particolare:

* Di avere conoscenza delle procedure di sicurezza per la gestione dei DPI e dei rifiuti speciali derivanti da tale attività, acquisite anche tramite formazione a distanza;
* Di avere conoscenza delle procedure per la corretta effettuazione delle vaccinazioni secondo le specifiche redatte dalle rispettive case produttrici ed approvate dall’EMA ed AIFA;
* Di avere conoscenza delle procedure per la gestione di eventuali eventi avversi connessi alla vaccinazione
* Di accettare la remunerazione prevista e impegnarsi al rispetto dell’Accordo del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………. li …………………

FIRMA ……………………………… (MMG)