**All. 3 alle Prime indicazioni operative**

**Ipotesi del Piano aziendale della azienda che funge da Hub interaziendale**

 **(da trasmettere a cura** **dell’Azienda che funge da HUB interaziendale all’ASL di riferimento del proprio territorio)**

PIANO AZIENDALE PER L’ATTIVAZIONE DI PUNTO STRAORDINARIO

DI VACCINAZIONEANTI SARS-COV-2/Covid 19 NEI LUOGHI DI LAVORO

**ALLEGATO 3 – Azienda che funge da HUB interaziendale**

**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 che funge da HUB interaziendale |  |
| P.I./C.F. |  |
| Comune |  |
| Prov. |  |
| Via/Piazza |  |
| Telefono |  |
| e-mail/pec |  |

**(Selezionare la voce di interesse)**

|  |
| --- |
| 🞎 Medico competente  🞎 dell’impresa associata con sede nel Comune di |
| 🞎 Struttura sanitaria privata  |

**(Compilare il box di interesse: Medico competente o Struttura sanitaria privata)**

|  |  |
| --- | --- |
| Medico Competente |  |
| C.F. |  |
| Telefono |  |
| e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Strutttura 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 ATS prima della consegna delle dosi: |
|  Numero \_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |

 🞎 il Medico competente 🞎 il Medico di riferimento della Struttura sanitaria privata

dichiarano

🞎 di aderire alla sperimentazione della 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Segue elenco aziende**