**DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI CENTRI AUTORIZZATI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI VACCINO ANTI-COVID 19.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Società/Studio/Struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presenta domanda per essere inserito nell'elenco dei centri autorizzati alla somministrazione di vaccino anti-Covid 19.

A tal fine precisa che:

- la struttura messa a disposizione ha sede in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega documentazione attestante l'idoneità degli spazi proposti, con particolare riferimento a separazione dei percorsi ed ampiezza per evitare assembramenti;

- la dotazione di arredi ed impianti è così composta:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- il personale che effettuerà le prestazioni è il seguente:

a) medico/pediatra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) infermiere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) odontoiatra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

d)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dalle vigenti disposizioni in caso di dichiarazioni non veritiere:

- che il personale che effettuerà le prestazioni è in possesso dei requisiti necessari, e precisamente:

a) titolo di studio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nell’anno \_\_\_\_\_

b) iscrizione all’Ordine Professionale/albo Professionale: Provincia di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- che è a conoscenza delle "Istruzioni operative per la vaccinazione anti-COVID 19 presso strutture ospedaliere private e strutture ambulatoriali private" e delle ““Istruzioni operative per la vaccinazione anti-COVID 19 presso strutture le strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e sociosanitarie”allegate all’avviso, e si impegna a prestare l'attività in conformità alle stesse.

Dichiara che la Struttura Vaccinale ha una capacità indicativa di Vaccinazione/Giorno n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

disponibile nei giorni (indicare quali )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; per un totale di vaccinazioni settimanali pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; la Struttura è disponibile alla vaccinazione a domicilio dei pazienti SI NO

Esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni (D.Lgs. 101/2018), ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Chiede che ogni comunicazione venga fatta ai seguenti recapiti di posta elettronica / cellulare: Indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapito Cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegati:

1) documento di identità valido.

**INVIA IL PRESENTE MODULO A:**

*regole.soggettierogatori@*[*cert.regione.piemonte.it*](mailto:personale.sanitario@cert.regione.piemonte.it)