

ALLEGATO 2 – Mod. 1

INFORMAZIONI OPERATIVE DA PARTE DEL MMG/PLS

Alla Azienda USL _____

Distretto _____

Il sottoscritto Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta

Dott./Dott.ssa _____ N° codice regionale _____
(nome e cognome in stampatello)

Tel. studio _____ Fax _____

Tel. cellulare _____ E-mail _____

Dichiara di essere in possesso dei requisiti tecnici per il corretto mantenimento della catena del freddo per la conservazione dei vaccini, di cui alla Nota tecnica regionale Prot. n. 101093/4J/04 del 27 settembre 2007, riportata in Allegato 8 al Protocollo operativo.

Richiede contestualmente:

la fornitura di:

n. _____ dosi di vaccino antinfluenzale QIV 1 per i soggetti di età a partire dai 6 mesi e fino a 74 anni;

n. _____ dosi di vaccino antinfluenzale QIV 2 per i soggetti di età a partire dai 9 anni e fino a 74 anni;

n. _____ dosi di vaccino antinfluenzale TIV adiuvato per i soggetti di età \geq 75 anni e per i soggetti di età compresa tra i 65 e i 74 anni ad alto rischio per la presenza di comorbidità.

**SE UTILIZZATO IN LUOGO DELL'ALLEGATO 1 DELLA NOTA OPERATIVA AGGIORNATA DEL
PROGRAMMA DI VACCINAZIONE CON VACCINO ANTI-PNEUMOCOCCICO**

Richiede inoltre:

la fornitura di:

n. _____ dosi di vaccino anti-pneumococcico coniugato (PCV) 13-valente;

n. _____ dosi di vaccino anti-pneumococcico polisaccaridico (PPV) 23-valente.

Data, _____

Firma del medico
