

**PROTOCOLLO D'INTESA PER L'ESTENSIONE DELLA CAMPAGNA VACCINALE ANTI-COVID19  
ALLE AZIENDE BERGAMASCHE**

**ALLEGATO C**

COMUNICAZIONE DEL 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.

Guida alla compilazione del piano

I datori di lavoro, singolarmente o in forma aggregata con il supporto o il coordinamento delle Associazioni di categoria di riferimento, possono manifestare la disponibilità ad attuare PIANI AZIENDALI per la predisposizione di punti straordinari di vaccinazione anti SARS-CoV-2 (Covid-19) nei luoghi di lavoro destinati alla somministrazione in favore delle lavoratrici e dei lavoratori che ne abbiano fatto volontariamente richiesta.

Il piano aziendale può essere proposto all'ATS dai datori di lavoro, anche per il tramite delle rispettive Organizzazioni di rappresentanza **mediante compilazione su piattaforma on line.**

	Campi obbligatori	<b>Note per la compilazione (ON LINE)</b>
		A seconda che il piano sia presentato dall'Azienda o dall'Associazione, compilare il campo A oppure B
<b>A</b>	Azienda	<i>Riportare la denominazione/ragione sociale dell'azienda.</i>
	associata a	<i>Indicare qui la denominazione dell'associazione di riferimento se l'azienda presenta autonomamente il Piano. In assenza di Associazione di riferimento inserire il termine - NULL</i>
<b>B</b>	Associazione di Categoria	<i>Riportare l'Associazione di categoria che presenta il Piano per conto delle proprie associate. Inviare l'elenco delle aziende aderenti separatamente. In tal caso nei campi sottostanti andranno indicati solo i dati dell'Associazione</i>
	P.I./C.F.	
	Comune	
	Prov.	
	Via/Piazza	
	Telefono	
	e-mail/pec	
	Numero aziende coinvolte  _ _ _ _ _	<i>Compilare solo se il piano è presentato dall'Associazione di categoria. indicare il numero dell'Aziende aderenti all'iniziativa. L'associazione avrà cura di <b>inviare separatamente all'ATS l'elenco delle aziende sue Associate che aderiscono all'iniziativa.</b></i>

<b>A</b>	Datore di Lavoro della singola Azienda	<i>Nome e cognome</i>
<b>B</b>	Direttore/Presidente/Responsabile dell' Associazione	<i>Nome e cognome</i>
	C.F.	
	Telefono	
	e-mail/pec	
	Luogo della vaccinazione	
	Il piano aziendale è stato definito con il supporto di	<input type="checkbox"/> MC dell'azienda <input type="checkbox"/> MC dell'Associazione <input type="checkbox"/> Medico di Struttura sanitaria privata

Compilare i dati riferiti alla tipologia di medico di interesse. I dati sono obbligatori	
Medico Competente Aziendale <i>Nome e cognome</i>	
C.F.	
Telefono	
e-mail	
MC dell'Associazione <i>Nome e cognome</i>	
C.F./P.I.	
Telefono	
e-mail	
Medico di Struttura sanitaria <i>Nome e cognome</i>	
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 lavoratori aderenti  __ __ __ __	
<input type="checkbox"/> Il Datore di Lavoro	<input type="checkbox"/> il Medico competente
<input type="checkbox"/> Il Direttore dell'Associazione	<input type="checkbox"/> il Medico di riferimento della Struttura sanitaria
<i>Spuntare le voci d'interesse, relative alle figure coinvolte nella definizione del piano e responsabili della sua attuazione</i>	

RESPONSABILMENTE DICHIARANO

- di aderire alla campagna vaccinale anti-covid19 nei luoghi di lavoro,
- di rispettare, per gli aspetti di propria competenza, i *“Principi generali e requisiti per consentire in sicurezza l’estensione della campagna vaccinale anti-covid19 alle aziende produttive lombarde”* di cui all’Allegato 1 della dgr 4401 e le indicazioni ad interim di cui al paragrafo 2 del 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.
- che la somministrazione avverrà presso: *compilare il campo d’interesse indicando denominazione del sito, comune e indirizzo*

	Sito di somministrazione del vaccino	comune di	Via/Piazza n° civico
1.	unità locale di.....		
2.	Locali individuati dall’Associazione .....		
3.	Struttura sanitaria privata in convenzione .....		
4.	Farmacia* .....		
5.	Altro .....		

**\*farmacia è individuata “nel quadro degli accordi di cui al punto 4 dell’allegato A”.**

**Il Medico dichiara** inoltre che nel punto di vaccinazione indicato sono garantiti:

- spazi idonei alla somministrazione del vaccino, in grado di garantire l’accesso scaglionato e la permanenza post-vaccinazione
- struttura organizzativa e risorse strumentali e di personale adeguate al volume di attività previsto, in grado di garantire il regolare svolgimento dell’attività ed evitare gli assembramenti;
- dotazione informatica idonea a garantire la corretta e tempestiva registrazione delle vaccinazioni;
- ambienti idonei per l’attività, commisurati al volume di vaccinazioni da eseguire, sia per le fasi preparatorie (accettazione), sia per la vera e propria seduta vaccinale (ambulatorio/infermeria), sia per le fasi successive (osservazione post-vaccinazione).
- il rispetto delle norme di buona pratica vaccinale e delle indicazioni provenienti dal percorso formativo obbligatorio previsto per il personale sanitario, anche per garantire un idoneo intervento in caso si manifestino reazioni avverse a breve termine.

I vaccini sono da recapitare al Medico Competente /Resp. Struttura sanitaria indicati presso la sede di	
<i>Denominazione</i>	
<i>comune di</i>	
<i>Via/Piazza n° civico</i>	
È garantita la presenza di attrezzatura idonea alla conservazione del vaccino con capienza max di Numero  __ __ __  dosi/giorno.	
DATA di comunicazione ad ATS ____ ____ 2021	