

All'Azienda Usl .....

Il sottoscritto Dott. .... Pediatra di Famiglia nell'ambito territoriale di .....con Studio/i situato/i in:

- .....
- .....
- .....

In relazione all'Accordo Regionale di cui alla DGRT 366/2015 per l'effettuazione delle attività di vaccinazione nell'ambito della Pediatria di Famiglia

Comunica che:

Aderisce all' Accordo regionale impegnandosi ad effettuare ai propri assistiti le seguenti vaccinazioni:

- Tutte le vaccinazioni previste dal calendario regionale
- Le vaccinazioni previste nel primo anno (prima, seconda e terza dose di esavalente, pneumococco e meningococco B)
- Le vaccinazioni previste nel secondo anno (prima dose MPRV/MPR e Meningococco C e quarta dose meningococco B)
- Le vaccinazioni previste ai 5-6 anni (richiami MPRV/MPR e Polio+DTP )
- Le vaccinazioni previste ai 6-9 anni (Richiamo Meningococco C)
- Le vaccinazioni previste ai 9-11 anni (Richiamo Meningococco ACWY)
- Le vaccinazioni previste agli 11 anni (Papillomavirus)
- Le vaccinazioni previste agli 13-14 anni (Richiamo dTP e Meningococco ACWY)

Non aderisce per il momento al suddetto Accordo regionale per le seguenti motivazioni: .....

.....  
.....  
.....

La suddetta adesione può essere modificata in qualsiasi momento con comunicazione all'Azienda Usl

Data .....

Dott.....