*MODULO RICHIESTA*

*Al Direttore DSS*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Il Sottoscritto MMG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice Regionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***DICHIARA la sua volontà di vaccinare***

* ***presso il proprio studio medico*** *sito in:*

 *via/ piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

* ***di voler vaccinare presso le strutture ASL: in questa ipotesi la*** *programmazione in termini di giorni ed orari dovrà essere concordata direttamente con il Distretto*

 ***(barrare la voce che non interessa)***

***Pertanto per il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pari a gg \_\_\_\_ di***

***Programmazione (N.B. non superare i 28 GG)***

***CHIEDE***

***n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ flaconi COMINARTY ( per totale di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_dosi )***

*Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Timbro e firma*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*