

A TUTTI GLI ISCRITTI
ALL'OMCeO di Teramo

Teramo lì, 18/02/2021

VACCINAZIONE PERSONALE SANITARIO DI STUDIO MEDICO/ODONTOIATRICO

Si comunica che la ASL di Teramo sottoporrà a vaccinazione anti COVID-19 anche il personale SANITARIO di studio medico/odontoiatrico (NO AMMINISTRATIVO ES. SEGRETARIE, TIROCINANTI).

I Colleghi interessati dovranno inviare autocertificazione di effettiva assunzione del personale sanitario presso il proprio studio al seguente indirizzo mail: info@omceoteramo.it **entro e non oltre il 25/02/2021 possibilmente in formato PDF (non usare per inoltrare la documentazione la PEC: TE@cert.omceo.it).**

Nell'autocertificazione, che verrà poi consegnata alla Asl di Teramo, indicare il recapito telefonico dello studio Cognome, Nome, codice fiscale, qualifica, recapito telefonico e indirizzo email del/i dipendente/i da vaccinare.

Il personale, **contemporaneamente**, sempre entro e non oltre il 25/02/2021, dovrà registrarsi tramite il format presente nella Home Page del sito dell'Ordine www.omceoteramo.it denominato "COVID-19" – lo stesso usato dai medici/odontoiatri - Link diretto: <https://www.omceoteramo.it/adesioni-campagna-vaccinale-covid-19/61.html>

Tutte le richieste e le adesioni al portale pervenute all'Ordine prima della presente comunicazione sono state cestinate pertanto occorre rinviare la corretta documentazione e ripetere l'adesione.

Cordiali saluti
Il Presidente OMCeO Teramo
Dott. Cosimo NAPOLETANO

Fac simile Autocertificazione

- Alla Asl di Teramo
Direzione Sanitaria

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (art. 46 T.U. lettera a – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____
residente in _____
via _____ n. _____
Cellulare _____ email _____

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76/75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D. Lgs 196/2003 e successive modifiche

DICHIARA

Di essere titolare dello studio _____
sito in _____
recapito/i telefonico/i _____
che il personale sanitario assunto presso il proprio studio è composto da:

1. COGNOME _____

NOME _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENZA _____

QUALIFICA _____

RECAPITO TELEFONICO _____

INDIRIZZO EMAIL _____

2.

3.

Luogo e Data Firma _____

ALLEGATO: Copia Documento di riconoscimento del Sanitario che effettua la dichiarazione