

DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE
LA DIRETTRICE

KYRIAKOULA PETROPULACOS

TIPO ANNO NUMERO
REG. PG 2017 684313
DEL 26-10-2017

Ai Direttori Generali
delle Aziende Sanitarie della
Regione Emilia-Romagna

Ai Presidenti
AIOP
ANISAP

LORO SEDI

Oggetto: adempimenti conseguenti alla Legge 119/2017 in materia di prevenzione vaccinale, art. 3 comma 3 bis: dichiarazione da parte degli operatori sanitari e socio-sanitari sulla propria situazione vaccinale

La Legge n. 119 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" prevede, tra gli altri adempimenti, che entro tre mesi dalla data di entrata in vigore (06/08/17), gli operatori sanitari e socio-sanitari devono presentare alle Aziende sanitarie presso cui prestano servizio, una dichiarazione resa ai sensi del DPR 28/12/2000, n. 455, comprovante la propria situazione vaccinale.

La lettera circolare del Ministero della Salute del 16/08/2017, nel ribadire l'importanza della vaccinazione degli operatori sanitari, specie nei reparti a maggior rischio, fornisce un facsimile che viene inviato congiuntamente alla presente.

A tale proposito si ritiene opportuno fornire alcune indicazioni operative al fine di favorire a livello regionale una uniforme applicazione:

- Il personale sanitario e socio/sanitario tenuto alla dichiarazione è esclusivamente quello addetto all'assistenza sanitaria, quindi è escluso il personale amministrativo e quello con funzione tecnica non sanitaria;

Viale Aldo Moro 21 – 40127 Bologna – tel. 051.527.7161/7163 dgsan@regione.emilia-romagna.it
dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

	ANNO	NUMERO	INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5	ANNO	NUMERO	SUB
a uso interno	DP		Classif.						Fasc.	2017	

- si ritiene opportuno che la dichiarazione pervenga al medico competente aziendale, con modalità da individuare in ogni singola azienda, che le utilizzerà ai fini della sorveglianza sanitaria e della promozione dell'adesione alla vaccinazione;
- in caso di neoassunti potrà essere effettuata la presentazione della suddetta dichiarazione al medico competente, in occasione della visita medica preventiva in fase preassuntiva effettuata ai sensi dell'art. 41 del D. Lgs. 81/08.

Cordiali saluti.

Kyriakoula Petropoulacos



Allegati: modulo autocertificazione

Referente: Giuseppe Monterastelli Tel. 051-5277322
MariaGrazia.Pascucci@regione.emilia-romagna.it

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, DPR n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a _____ (__) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (__) in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) indirizzo

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di:

operatore sanitario/socio sanitario in servizio presso _____ Unità Operativa di
(azienda sanitaria)
appartenenza _____ sede _____

ai sensi e per gli effetti del decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, come convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomielitica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rosolia | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-varicella | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-parotite | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> Anti-Haemophilus influenzae tipo b | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> Anti-influenzale | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-meningococcica C | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-meningococcica B | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pneumococco | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite A | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-papillomavirus | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-herpes zoster | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rotavirus | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tbc | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> ----- | |

Luogo, data

Il Dichiarante

NOTA:

Il certificato vaccinale, aggiornato in tempo reale, è disponibile sul proprio fascicolo sanitario elettronico (FSE). Se non ancora attivato è possibile trovare le informazioni per attivarlo all'indirizzo www.fascicolo-sanitario.it.

Ai sensi dell'art. 38, DPR 28/12/2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore. Ai sensi del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'art. 48 del DPR 28/12/2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto legge 7 giugno 2017, n.73.