



IL PROGETTO:

Il progetto **Vaccinet** nasce da un **iniziativa della Fimmg Lazio** la Federazione dei medici di famiglia con l'Obiettivo **di realizzare una rete di mini hub vaccinali territoriali a servizio della comunità costituiti da studi di medici di famiglia e sedi di UCP** che daranno la loro disponibilità alla somministrazione delle vaccinazioni, sia per i propri assistiti che per la popolazione della Regione, con particolare riferimento ai soggetti in condizioni di fragilità per i quali la somministrazione delle vaccinazioni è un obiettivo prioritario di prevenzione, creando all'unisono un grosso Hub di riferimento ma diffuso sul territorio capillarmente.

PRESTAZIONI OFFERTE:

Oltre all'erogazione delle **vaccinazioni, covid** per tutti i cittadini che ne faranno richiesta, la rete potrà fornire **prestazioni clinico-infettivologiche per la diagnosi, il monitoraggio e il trattamento delle patologie respiratorie attraverso metodiche di diagnostica antigenica.**

ACCESSO AI PUNTI:

Tali punti che saranno resi pubblici, condividono **metodiche comuni di operatività** in modo da uniformare le **modalità d'accesso, la gestione del contatto con il cittadino** che necessita di una vaccinazione, oltre alle tipologie di servizi offerti e le tariffe applicate per le prestazioni diagnostiche.

ADESIONE AL PROGETTO PER MEDICI DI FAMIGLIA E UCP :

Per aderire al Progetto occorre inviare all'indirizzo vaccinet@fimmglazio.org il modulo di iscrizione che potete **trovare in fondo alla pagina** tenendo conto che:

i punti aderenti condividono metodiche comuni di operatività in modo da uniformare le modalità d'accesso, la gestione del contatto con il cittadino che necessita di una vaccinazione, oltre che le tipologie di servizi offerti e le tariffe applicate per le prestazioni diagnostiche. Saranno organizzate **metodiche di comunicazione riservate alla rete** in modo da avvisare in maniera tempestiva tutti i partecipanti

Domanda di adesione alla rete vaccinale VacciNET

Alla FIMMG Lazio Casella e-mail : vaccinet@fimmglazio.org

Il sottoscritto Medico di Medicina Generale:

Dott./Dott.ssa
(nome e cognome in stampatello)

Codice Regionale.....

Tel. Studio.....

Tel. Cellulare.....

E-mail.....

Dichiara di essere **disponibile alla somministrazione del vaccino per COVID 19** anche nei confronti di persone non direttamente assistite.

Dichiara di essere disponibile alla **somministrazione del vaccino per COVID 19** anche nei confronti di **persone non direttamente assistite**.

Dichiara inoltre di avere la possibilità di effettuare **i test diagnostici antigenici** (Barrare la voce di interesse)

- SI
- NO

E che utilizzerà la seguente metodica per essere contattato
(ricordiamo che la dizione apparirà in un elenco pubblico)

Data:

Firma del medico

