



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 _____

N° codice regionale _____

Asl _____ Distretto _____

Indirizzo studio _____

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 inoltre di avere la **possibilita' di effettuare i test diagnostici antigenici**

(Barrare la voce di interesse)

- SI
- NO

E che utilizzerà la seguente metodica per essere contattato dai cittadini Es: E-Mail , ubicazione studio , telefono

(ricordiamo che la dizione apparirà in un elenco pubblico)

Data, _____

Firma del medico _____