



**SCUOLA SECONDARIA STATALE PRIMO GRADO
"LEONARDO MURIALDO"**

71121 – FOGGIA - Via Ortona Lavello snc - Telefono 0881/684656

PEO: fgmm00700x@istruzione.it

PEC: fgmm00700x@pec.istruzione.it

C.F. 80002860718

C.M. FGMM00700X

Sito Web: www.scuolamurialdofg.gov.it

Alle famiglie degli alunni
Al Personale tutto
Al SITO WEB

OGGETTO: Piano strategico Vaccinazione anti-Covid-19 – Riduzione intervallo minimo dose booster – Potenziamento campagna vaccinale – Aggiornamento indicazioni operative e modulistica.

Per opportuna conoscenza si trasmette in allegato alla presente la nota del diartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, Regione Puglia, prot. n. 005/PROT/31/12/2021/0008167 recante: *"Piano strategico Vaccinazione anti-Covid-19 – Riduzione intervallo minimo dose booster – Potenziamento campagna vaccinale – Aggiornamento indicazioni operative e modulistica"*.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Ida La Salandra



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E
DEL BENESSERE ANIMALE**

DIREZIONE

Ai Direttori Generali

Ai Direttori Sanitari

e, per il loro tramite

a tutte le articolazioni interne

- *delle Aziende Sanitarie Locali*
- *delle Aziende Ospedaliere Universitarie*
- *degli IRCCS pubblici*
- *degli IRCCS/EE privati*

Al Coordinatore Rete Malattie Rare Puglia

Al Coordinatore Rete Oncologica Puglia

Al Coordinatore Rete Ematologica Puglia

Al Coordinatore Rete Nefrologica-Dialitica-Trapiantologica
(ReNDiT) Puglia

Ai Referenti delle Reti Talassemia, Parkinson, T.A.O., Percorso
nascita, Terapia del Dolore di Puglia

Alle Associazioni e Rappresentanze di Categoria:

- dei MMG/PLS
- delle Farmacie pubbliche e private convenzionate
- delle Strutture private accreditate

Agli Ordini Professionali

e, per conoscenza

Al Direttore Ufficio Scolastico Provinciale

Al Presidente ANCI Puglia

e, per conoscenza

Ai Componenti Cabina di Regia regionale CovidVacc

Al Referente regionale Flussi Covid-19

Ai Dirigenti delle Sezioni del Dipartimento

Al Dirigente della Struttura Comunicazione Istituzionale

Al Dirigente Sezione Protezione Civile regionale

Al Direttore Generale Aress Puglia

All' Assessore alla Formazione e Lavoro, Politiche per il lavoro,
Diritto allo studio, Scuola, Università, Formazione Professionale

OGGETTO: Piano Strategico Vaccinazione anti Covid-19 – Riduzione intervallo minimo dose booster – Potenziamento campagna vaccinale – Aggiornamento indicazioni operative e modulistica.

Facendo seguito alle note prot. AOO/005/0007878 del 14.12.2021, prot. AOO/0007954 del 18.12.2021 e prot. AOO/005/0008060 del 24.12.2021, si evidenzia che con circolare prot. 0059207 del 24.12.2021 (qui allegata) il Ministero della Salute ha trasmesso la nota congiunta di Ministero della Salute, CSS, AIFA e ISS con la quale si aggiornano le indicazioni sull'intervallo temporale relativo alla somministrazione della dose "booster" (di richiamo) nell'ambito della campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 rimandando la data di effettiva attuazione del nuovo intervallo temporale previsto ad apposita comunicazione della Struttura Commissariale.



3. Somministrazione dose *booster* per soggetti in fascia di età 16-17 anni

Per agevolare la somministrazione della dose *booster* per i ragazzi in fascia d'età 16-17 anni come già indicato con nota prot. AOO/005/0008080 del 24.12.2021, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali assicurano:

- a) l'attivazione di apposite agende di prenotazione in favore dei soggetti in fascia di età 16-17 anni per la somministrazione della dose *booster* di vaccino anti SARS-CoV-2/Covid-19 da effettuarsi nei termini previsti; la prenotazione dovrà essere assicurata mediante il sito "lapugliativaccina" nonché presso i CUP e i FarmaCup da parte dei genitori, tutori, affidatari dei minori indicando di scaricare contestualmente la modulistica da compilare e consegnare ai punti vaccinali;
- b) l'organizzazione di "open day" dedicati ai soggetti in questa fascia di età.

Restano confermate le indicazioni già formulate con le circolari regionali già richiamate, al fine di garantire la somministrazione del vaccino ai soggetti in carico ai Centri specialistici, ai Centri e ai Nodi delle Reti di Patologia della Regione Puglia nonché ai soggetti ricoverati o ospitati in strutture pubbliche e private accreditate.

A tal fine, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, degli I.R.C.C.S. pubblici e privati e degli Enti Ecclesiastici nonché i Coordinatori delle Reti di Patologia assicurano il potenziamento dell'offerta secondo le indicazioni operative già formulate.

4. Somministrazione dose *booster* per soggetti in fascia di età 12-15 anni con elevata fragilità

Per agevolare la somministrazione della dose *booster* per i ragazzi in fascia d'età 12-15 anni con elevata fragilità, come già indicato con nota prot. AOO/005/0008080 del 24.12.2021, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali assicurano che la vaccinazione avvenga, nei termini previsti dalle disposizioni nazionali, da parte dei Medici di Assistenza Primaria (PLS/MMG) laddove tali soggetti non siano stati già vaccinati o presi in carico per la somministrazione della dose *booster* da parte dei Centri specialistici, dai Centri e dai Nodi delle Reti di Patologia della Regione Puglia nonché dagli istituti di ricovero o di ospitalità delle strutture pubbliche e private accreditate.

A tal fine, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, degli I.R.C.C.S. pubblici e privati e degli Enti Ecclesiastici nonché i Coordinatori delle Reti di Patologia assicurano il potenziamento dell'offerta secondo le indicazioni operative già formulate al fine di garantire la somministrazione della dose *booster* per questi soggetti in condizione di elevata fragilità.

5. Aggiornamento modulistica

Con riferimento ai moduli trasmessi in allegato alla comunicazione prot. AOO/005/0007878 del 14.12.2021, si comunica che si è proceduto alla revisione e aggiornamento degli stessi e che, pertanto, si allegano le nuove versioni affinché siano rese disponibili dalle Aziende, Enti e Istituti del SSR con ogni modalità.

Tali modelli saranno resi disponibili pubblicati anche sul sito "lapugliativaccina" nonché sul Portale regionale della Salute al fine di favorire il preventivo *download* e la preventiva compilazione da parte degli interessati.

n. dose: _____

DATI DEL VACCINANDO	
Cognome e Nome * :	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono *:	E-mail *:
N. Tessera Sanitaria (se disponibile) *:	Codice Fiscale *:
<i>In caso di MINORE/INTERDETTO/INFERMO/INCAPACE, riportare i dati identificativi dei genitori o di altro soggetto titolare di responsabilità genitoriale/legale</i>	
(GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE)	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
(GENITORE 2)	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
<i>Estremi del Provvedimento dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente (A.G.)</i>	
Tribunale (indicare il tipo di A.G.):	Provincia/distretto dell'A.G.
Numero del provvedimento	Data del provvedimento

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità **dichiaro che:**

1. Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: " _____ " ²
2. Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
3. Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.
4. Sono stato correttamente informato con parole a me chiare.
5. Ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al **completamento del ciclo vaccinale**, alla **dose addizionale** oppure alla **dose di richiamo (booster)**.

* Campi obbligatori ai fini della corretta identificazione del soggetto, della registrazione dei dati e della trasmissione dei dati alle piattaforme nazionali anche ai fini del rilascio della certificazione verde Covid-19 (Green Pass).

² Le note informative sono quelle allegare alle circolari del Ministero della Salute pubblicate sul sito <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioNormativaNuovoCoronavirus.jsp>

Dettagli operativi della vaccinazione anti Covid-19 (a cura del professionista sanitario)															
Tipo vaccino	Dose			Sede inoculo			Lotto	Scadenza	Sede vaccinale	Data e ora inoculo	Osservazione post vaccino			Firma del sanitario	
	1	2	3	Deltoidale DX	Deltoidale SX	Altro sito					15 minuti	30 minuti	60 minuti		
Comirnaty (Pfizer-Biontech)															
Spikevax (Moderna)															
Vaxzevria (AstraZeneca)															
Janssen (J&J)															
Altro vaccino, specificare _____															

ANAMNESI COVID-CORRELATA	SI	NO	NON SO
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da SARS-CoV-2 o affetta da COVID-19?			
<i>Manifesta uno dei seguenti sintomi?</i>			
Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil-influenzali			
Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto			
Dolore addominale/diarrea			
Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi			
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?			
<i>Ha effettuato un Test COVID-19?</i>			
Nessun Test COVID-19 recente			
In attesa di test COVID-19 (Data:)			
Test COVID-19 Negativo (Data:)			
Test COVID-19 Positivo (Data:)			

Nel caso di minori:

(GENITORE 1/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE/LEGALE)	
Cognome e Nome:	
Codice Fiscale:	Data e Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:
(GENITORE 2)	
Cognome e Nome:	
Codice Fiscale:	Data e Luogo di nascita:
Telefono:	E-mail:

Data e luogo:
Firma del vaccinando/genitore1/rappresentante legale:
Firma della vaccinando/genitore2/rappresentante legale:

DELEGA PER VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2/COVID-19 DEI SOGGETTI CON ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI O DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A MISURE DI PROTEZIONE GIURIDICA ¹	
<i>Dati identificativi del vaccinando</i>	
Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di Nascita:
Codice Fiscale:	Telefono mobile:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
<i>Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno</i>	
GENITORE 1	Cognome e Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Codice Fiscale:	
GENITORE 2	Cognome e Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Codice Fiscale:	
RAPPRESENTANTE LEGALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Codice Fiscale:	

¹ Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del/dei dichiarante/i.

**DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO RESPONSABILE DEL MINORE STRANIERO
NON ACCOMPAGNATO ¹**

**Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione o dell'atto di Notorietà
(Artt. 46-47 del DPR 18.12.2000, n. 445)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Codice Fiscale:	
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 DPR n. 445/2000)

DICHIARA

- di essere il **Tutore del minore straniero non accompagnato dai propri genitori**
- di essere il **Responsabile della struttura affidataria del minore straniero non accompagnato dai propri genitori**

DATI DEL MINORE

Cognome:	Nome:
Codice Fiscale o Codice STP/ENI	Luogo e Data di Nascita:
Nazionalità	Altri dati:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:

Atto di nomina quale Tutore o Responsabile

Luogo e data:

Firma del Tutore/Rappresentante

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento (UE), n. 2016/679): i dati personali raccolti ai fini del presente procedimento saranno trattati, con strumenti cartacei e elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dall' art.15 della medesima norma.

¹ Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del tutore/responsabile della struttura affidataria.