

Vaccinazione COVID-19 Certificazione di personale sanitario a contatto diretto con i pazienti

Collaboratore/trice:

Cognome

Nome

Data di nascita

.....

Professione

.....

Con la presente certifico che sono un operatore sanitario con libero esercizio nel Cantone Ticino e che la persona sopramenzionata lavora presso di me, effettuando prestazioni sanitarie o attuando terapie a contatto diretto con pazienti, sotto la mia responsabilità professionale quale operatore dipendente (art. 58 o art. 62 della Legge sanitaria).

Ho preso atto che la strategia vaccinale prevede la vaccinazione prioritaria del personale sanitario che lavora a contatto diretto con i pazienti nell'ambito delle cure, dei trattamenti e dell'assistenza, e certifico che la persona sopramenzionata fa parte di questa categoria per cui qualifica per un accesso prioritario al vaccino. Prendo altresì atto che i collaboratori con funzioni puramente amministrative non possono beneficiare dell'accesso prioritario al vaccino e quindi del rilascio della presente certificazione.

Operatore/trice sanitario/a con libero esercizio:

Cognome

Nome

Data di nascita

.....

Luogo, data: Firma e timbro operatore sanitario:

p.f. crociare ciò che fa al caso suo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chiropratico | <input type="checkbox"/> Podologo |
| <input type="checkbox"/> Farmacista | <input type="checkbox"/> Psicomotricista |
| <input type="checkbox"/> Medico | <input type="checkbox"/> Terapista complementare |
| <input type="checkbox"/> Medico dentista | <input type="checkbox"/> Terapista complementare con diploma federale |
| <input type="checkbox"/> Medico veterinario | <input type="checkbox"/> Psicoterapeuta |
| <input type="checkbox"/> Assistente farmacista | <input type="checkbox"/> Agopuntore |
| <input type="checkbox"/> Psicologo | <input type="checkbox"/> Arteterapeuta |
| <input type="checkbox"/> Infermiere | <input type="checkbox"/> Audioprotesista |
| <input type="checkbox"/> Levatrice - Ostetrica | <input type="checkbox"/> Dietista |
| <input type="checkbox"/> Logopedista | <input type="checkbox"/> Estetista |
| <input type="checkbox"/> Massaggiatore medicale | <input type="checkbox"/> Fisioterapista |
| <input type="checkbox"/> Naturopata con diploma federale | <input type="checkbox"/> Igienista dentale |
| <input type="checkbox"/> Odontotecnico | <input type="checkbox"/> Droghista |
| <input type="checkbox"/> Osteopata | <input type="checkbox"/> Ergoterapista |
| <input type="checkbox"/> Ottico - Optometrista | |