**CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTI COVID-19 NEI LUOGHI DI LAVORO**

**QUESTIONARIO ANCE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Ragione Sociale Azienda* | | |  | | | | |
| *Indirizzo dell’Azienda* | | |  | | | | |
| *Nominativo e contatti del referente aziendale per l’organizzazione della vaccinazione* | | | |  | | | |
| *ASL territoriale di riferimento dell’Azienda* | | | |  | | | |
|  | | | |
|  | | | | | | **SI** | **NO** |
| *(inserire la X*  *nella casella scelta)* | |
|  | | | | | |
| 1. | L’Azienda intende partecipare alla campagna vaccinale secondo il Protocollo 6 aprile 2021 | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |
| 2. | L’Azienda intende partecipare: | | | | | | |
|  | - | effettuando la vaccinazione in azienda e con proprie risorse e strutture | | |  | |  |
|  | - | effettuando la vaccinazione ricorrendo a strutture private convenzionate (anche all’interno o all’esterno dei locali aziendali) | | |  | |  |
|  | - | effettuando la vaccinazione presso eventuali centri messi a disposizione delle Associazioni territoriali e/o di categoria, se disponibili | | |  | |  |
|  | | | | | | | |
| 3. | L’Azienda ritiene di possedere spazi adeguati per la vaccinazione esclusivamente dei propri lavoratori | | | |  | |  |
|  |
| 4. | L’Azienda ritiene di possedere spazi adeguati per la vaccinazione di un numero sufficientemente ampio di lavoratori, anche di altre Aziende e previo accordo con queste, in qualità di Hub interaziendale (anche eventualmente avvalendosi di strutture sanitarie private e, laddove offerto, del supporto delle Associazioni territoriali e/o di categoria) | | | |  | |  |
|  |
| 5. | L’Azienda è disponibile ad effettuare la vaccinazione anche a lavoratori di altre Aziende vicine | | | |  | |  |
|  |
| 6. | L’Azienda, non disponendo di spazi adeguati o non ritenendo di impegnarsi direttamente nella organizzazione, ottenuto il consenso da parte dei propri lavoratori, è disponibile ad inviare i propri lavoratori per ricevere la vaccinazione presso altra Azienda ovvero presso realtà messe a disposizione dalle Associazioni territoriali o di categoria (se disponibili) che presentino spazi e strutture adeguate | | | |  | |  |
|  |
|  |  | | | | *(inserire la X*  *nella casella scelta)* | | |
| 7. | L’Azienda che non può/vuole organizzare la vaccinazione dei propri lavoratori che sia disponibile ad inviarli presso altra Azienda o strutture messe a disposizione delle Associazioni territoriali o di categoria (laddove disponibili) che funga da Hub interaziendale si impegna a: | | | | **SI** | | **NO** |
|  | - | contribuire agli oneri relativi alla vaccinazione | | |  | |  |
|  | - | inviare medici (laddove questi diano la propria disponibilità) | | |  | |  |
|  | *-* | Altro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8. | L’Azienda ritiene che i lavoratori (diretti e indiretti, in appalto, in somministrazione, etc) interessati alla vaccinazione possano essere | *(indicare con X la riga corrispondente al numero di lavoratori interessati*) | |
|  | < 50 |  | |
|  | > 50 |  | |
|  | < 100 |  | |
|  | > 100 |  | |
|  |
|  | | **SI** | **NO** |
| *(inserire la X nella casella scelta)* | |
|  | |
| 9. | L’Azienda si impegna a confermare il numero di lavoratori realmente coinvolti nella vaccinazione sia al momento dell’invio del piano aziendale sia prima dell’invio delle dosi. |  |  |
|  |
| 10. | L’Azienda, non avendo l’obbligo di nominare il medico competente, intende inviare i propri lavoratori presso la locale sede Inail |  |  |
|  |
| 11. | L’Azienda intende fare riferimento esclusivamente alla vaccinazione messa a disposizione dal servizio sanitario nazionale |  |  |
|  |
| 12 | L’Azienda intende fare riferimento ad un Centro di sanità privata, previa verifica della disponibilità e delle condizioni contrattuali della convenzione che andrà a stipulare |  |  |

*Luogo, data timbro e firma*