



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI CATANZARO  
Via L. Settembrini n.8 – Tel.0961741107 – Fax 0961741622  
[www.ordinedeimedici.cz.it](http://www.ordinedeimedici.cz.it) - e mail [ordinedeimedici.cz@virgilio.it](mailto:ordinedeimedici.cz@virgilio.it)  
88100 CATANZARO

CAO

Catanzaro, 11/01/2021  
Prot. nr. 116

Agli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri

Oggetto: Vaccinazione anti-Covid Odontoiatri.

Cari Colleghi,

Vi comunico che in data odierna il sottoscritto unitamente agli altri componenti della CAO di Catanzaro ed al Presidente della sezione ANDI di Catanzaro, ha incontrato, presso l'Ospedale di Lamezia Terme (CZ), in relazione a quanto in oggetto, il Dott. Antonio Gallucci, direttore sanitario del presidio ospedaliero, il Dott. Maurizio Rocca, direttore del Distretto di Catanzaro, la Dott.ssa Rita Marasco della Direzione Sanitaria, il Dott. Tedesco, direttore sanitario aziendale ff, il Dott. Caparello direttore del Dipartimento di Prevenzione ASP di Catanzaro, il Dott. Aloe, direttore della Farmacia Ospedaliera.

Nel corso del suddetto incontro abbiamo manifestato la piena disponibilità a fornire la nostra collaborazione nel programma di vaccinazione anti-Covid degli Odontoiatri iscritti presso quest'ordine e dei loro dipendenti, sottolineando il carattere di assoluta urgenza legato alla nostra professione.

Si è ufficialmente concordato che l'Ordine raccoglierà le adesioni dei propri iscritti e le fornirà alla Azienda Sanitaria, la quale si occuperà della attuazione del programma vaccinale, seguendo quale principio di priorità l'età anagrafica ed eventuali comorbilità.

Vi prego quindi di voler fornire **entro le prossime 48 ore (entro giorno 13-01-2021)** la vostra eventuale adesione al piano vaccinale compilando il modello allegato e inviandolo al seguente indirizzo mail : [ordinedeimedici.cz@virgilio.it](mailto:ordinedeimedici.cz@virgilio.it) .

Cordiali saluti.



Il Presidente CAO

( Dott. Salvatore De Filippo)

**RICHIESTA VACCINAZIONE ANTI COVID19 PER ODONTOIATRI E  
COLLABORATORI**

Il sottoscritto dr./dr.ssa .....

Nato/a a .....

Il .....

Residente a ..... in Via .....

CF.....

Iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della  
Provincia di Catanzaro con il nr.....

**CHIEDE**

di essere sottoposto/a a vaccinazione anti-Covid19

Per comunicazioni Tel.....

Mail .....

**RICHIESTA VACCINAZIONE ANTI-COVID19 COLLABORATORE STUDIO  
ODONTOIATRICO**

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a .....

Il .....

Residente a ..... in Via .....

CF.....

Con contratto di lavoro presso lo studio odontoiatrico del Dott./Dott.ssa .....

Chiede di essere sottoposto/a a vaccinazione anti-Covid19

Per comunicazioni Tel. ....