



Premesso, che in data 16 aprile 2021 è stato sottoscritto il “*Protocollo di intesa tra il Governo e le Regioni e le Province autonome, la Federazione nazionale degli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione*” per definire la cornice nazionale e le modalità per il coinvolgimento dei professionisti sanitari iscritti agli albi degli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione nella campagna di vaccinazione nazionale anti COVID-19, con la presente, il Responsabile dell’*équipe* vaccinale

CERTIFICA CHE

La/il professionista sanitaria/o _____,
esercente la Professione di _____,
iscritta/o all’Ordine di _____ n. _____

HA EFFETTUATO 20 (VENTI) SOMMINISTRAZIONI INTRAMUSCOLO

E HA ACQUISITO ADEGUATE ABILITA’ PRATICHE

“*per la somministrazione in sicurezza del vaccino anti SARS-CoV-2/Covid-19*”, così come richiesto dall’art. 1 del Protocollo sottoscritto.

Tutor formatore _____ **Professione** _____

Firma del Tutor formatore _____

Responsabile *équipe* vaccinale _____

Firma Responsabile *équipe* vaccinale _____

Luogo _____

Data _____